


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



CRÓNICA MÉDICA MEXICANA

REVISTA
DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

Y ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO

DIRECTOR PROPIETARIO,

Dr. Enrique L. Abogado

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos.*

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

JEFES DE REDACCION EN LOS ESTADOS:

Aguascalientes, Aguasc. *Dr. J. Guadalupe Ortega* y *Dr. Manuel Gómez Portugal.*

Baja California, La Paz. *Dr. Ventura O. Viruete.*

Campeche. *Dr. Cipriano Domínguez* y *Dr. Domingo Hurtado.*

Chiapas, San Cristóbal Las Casas. *Dr. Bernardo Martínez Baca.*

Chihuahua, Chich. *Dr. Ezequiel Torres* y *Dr. Miguel Márquez.*

Coahuila, Saltillo. *Dr. Fernando Mier* y *Dr. Jesús M. de la Fuente.*

Colima, Col. *Dr. Vidal Fernández Dr J. Francisco Romero y Prof. Manuel R. Alvarez.*

Durango, Dur. *Dr. F. Pérez Gavilán* y *Dr. Librado C. de Valle.*

Guanajuato. *Dr. Alfredo Dugés* en Guanajuato. y *Dr. José de Jesús González* en León.

Guerrero, Chilpancingo, *Dr. Leopoldo Viramontes.*

Hidalgo. *Dr. Agustín Navarro y Cardona* en Pachuca, y *Dr. José María Palacios* en Tulancingo.

Jalisco, Guadalajara. *Dr. Salvador F. Alcalá*, Direct. del Hosp. Civil de Belem, y *Dr. Francisco Macías Gutiérrez*, Direct. de la E. de Med., y Prof. de Anat. Topog. y Cirugía.

México, Toluca. *Dr. Juan Rodríguez* y *Dr. Antonio Vilchis Barbabosa.*

Michoacán, Morelia. *Dr. Aurelio Pérez*, Direct. de la Esc. de Med. y del Hosp. Civil, y *Dr. Julio Videgaray*, Prof. de Terapéutica y Patología General.

Morelos, Cuernavaca. *Dr. Elías A. Gómez.*

Nuevo Leon, Monterrey. *Dr. Jesús M. González*, Director del Hosp. «González,» *Dr. Antonio F. Leal* y *Dr. Ramón E. Treviño.*

Oaxaca, Oax. *Dr. Nicolás Varela y Alvarez* y *Dr. Ramón Pardo.*

Puebla, Pueb. *Dr. Angel Contreras*, Prof. de Clínica Externa, y *Dr. Rafael Serrano*, Prof. de Terapéutica y Patología General.

Querétaro, Quer. *Dr. Manuel Septién* y *Dr. Juan B. Gutiérrez.*

San Luis Potosí, S. L. P. *Dr. Ignacio Alvarado*, Prof. de Patología Interna de la Esc. de Med.

Sinaloa, Culiacán. *Dr. Ramón Ponce de León*, Prof. de Química é Historia Natural del Colegio del Estado, y *Dr. Perfecto G. Bustamante*, Mazatlán.

Sonora. *Dr. Fernando Aguilar* en Hermosillo, y *Dr. Agustín Roa* en Guaymas.

Tabasco, San Juan Bautista. *Dr. Tomás G. Pellicer* y *Dr. Nicandro L. Melo.*

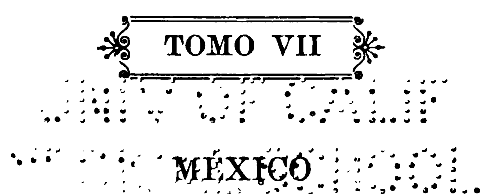
Tamaulipas. *Dr. Antonio Matienzo* en Tampico, y *Dr. Miguel Barragán* en Matamoros.

Tepic, Territorio de Tepic. *Dr. Fernando Gómez Virgen* y *Dr. Daniel García*, Dir. Hosp. Militar.

Veracruz. *Dr. Manuel S. Iglesias* y *Dr. Zacarías R. Molina.*

Yucatán. Mérida. *Dr. Joaquín Acevedo*, Prof. de Patología General de la Esc. de Med. del Est., y *Dr. Andrés Saenz de Santa María*, Prof. de Med. Legal é Higiene en la E. de Med. y Médico Legista de los Tribunales del Estado.

Zacatecas, Zac. *Dr. Higinio A. Escobedo* y *Dr. Aurelio Padilla*, Guad.



MÉXICO

Tip. y Lit. «LA EUROPEA,» de J. Aguilar Vera y Compañía, S. en C.

Calle de Santa Clara número 15.

1904

CRONICA MEDICA MEXICANA

Indice general y cronológico de las materias contenidas en este volumen.

Págs.

INDICE

INDICE

CRONICA MEDICA MEXICANA

Indice por Secciones.

CRONICA MEDICA MEXICANA

Indice alfabético por autores.

INDICE

INDICE

CRONICA MÉDICA MEXICANA

Hoy se inicia con el presente número el 7º tomo y 7º año de su publicación, viva aún la esperanza que abrigamos desde que fué fundada de conquistarle un puesto honroso en la prensa médica del país favorecida por la cooperación, cada día más benévola, del Cuerpo Médico Mexicano.

*Durante el año que acaba de terminar hemos logrado, como en los anteriores, insertar en las columnas de la «*CRÓNICA*» los trabajos que nos han sido remitidos, todos originales, y hemos tenido la satisfacción de haber podido siempre ofrecer á nuestros lectores una parte siquiera de la cultura médica nacional. Para llegar á este fin, para tocar el punto objetivo de nuestro primitivo é invariable programa, no solamente nos hemos abstenido por completo de insertar la traducción ó reproducir algunos siquiera de los muchos artículos notables de los colegas extranjeros, que ofrecen en verdad abundantísima cosecha, sino que, á consecuencia de la abundancia de material propio, nos hemos visto obligados á suprimir la «*REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA,*» en la que antes se anotaba en extracto, parte, aunque escasa, de las novedades de ultramar.*

Con tanta frecuencia, sin embargo, encontramos notabilísimos trabajos en los periódicos médicos europeos, de la vecina República del Norte y Sud-Americanos, que en el presente año es nuestro firme propósito subsanar esa falta y dar mensualmente un resumen de los adelantos y conquistas obtenidas en el exterior. Para hacer la selección debida, contamos ya con la valiosa ayuda de dos conocidos colaboradores nuestros.

Siendo la perseverancia en la mayoría de los casos, el factor principal del éxito y á pesar de los obstáculos con que hemos tropezado en los

*años anteriores, también nos proponemos insistir en vitalizar la Sección intitulada «*CUESTIONARIO MÉDICO,*» que evidentemente está destinada á prestar mutuos y positivos servicios á los miembros de la profesión.*

*Sin extremar promesas que con frecuencia circunstancias inesperadas impiden realizar, sí podemos asegurar á nuestros numerosos lectores que con todo empeño procuramos y procuraremos el mejoramiento de nuestra publicación, esperando que no solamente no deje de concedérsenos el apoyo material é intelectual que hasta hoy hemos logrado, sino que este último se acreciente y esa ambicionada prodigalidad permita lucir mejores joyas aún á nuestra «*CRÓNICA.*»*

Aprovechando hoy el nacimiento del nuevo año cumplimos con el grato deber de enviar nuestro afectuoso saludo y la expresión de nuestros mejores deseos á todos y cada uno de los médicos mexicanos, á nuestros lectores y amigos con especialidad, á las Sociedades Médicas y Científicas de la Capital y de los Estados, á las Academias, Escuelas Médicas y Corporaciones establecidas, á la Prensa toda en general y á los numerosos colegas de todas las partes del mundo que se sirven favorecernos con su visita.

Por la Redacción,
DR. E. L. ABOGADO.

TOMO VII. MÉXICO, ENERO 1° DE 1904. NÚM. 1.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

ALGUNOS CASOS CLINICOS DE PALUDISMO

OBSERVADOS

EN EL HOSPITAL MILITAR DE JALAPA, POR EL SUBSCRIPTO

(Tomados de un ensayo de Monografía sobre el paludismo, presentado á la Secretaría de Guerra y Marina por los Dres. Jesús Carrillo, Fernando Ocaranza y Francisco M. Sánchez.

Fiebre intermitente biliosa.

Un individuo de constitución robusta, que padeció en Yucatán la intermitente simple, pasó á curarse al Hospital Militar de Jalapa. Antes de llegar, habían desaparecido los accesos febriles, no quedándole más que la consecuente anemia. Seis meses después, había recobrado su gran robustez primitiva, la anemia había desaparecido, cuando repentinamente lo ataca una intermitente biliosa, con todos sus síntomas muy exagerados, y que comienza á la 1 de la mañana del día 18 de Agosto del presente año, y se disipa á las 10 a. m. Durante la apirexia, persisten los vómitos y la diarrea biliosa; el día 19 hay apirexia completa, y el día 20 tiene un nuevo acceso, que se disipa cerca del medio día. Durante el acceso del día 20, la orina es muy escasa, y en la apirexia, la anuria se hace absoluta. Sigue esta anuria absoluta los días 21, 22, 23 y 24!! Durante los dos primeros de esos días, los vómitos persisten, muy tenaces; pero el estado general no parece muy alterado. En los últimos días (23 y 24) hay torpeza intelectual y flaxidez en los miembros; los vómitos han desaparecido;

pero la diarrea persiste. El 25 arroja unos 20 gramos de orina, espesísima, muy obscura, y que causa terribles ardores al pasar por la uretra. El pulso es muy débil y depresible. En este día, la torpeza aumenta, y en ciertos momentos se observan pequeños ataques convulsivos. Desde el día 21, la apirexia es completa. El día 26, la anuria vuelve á ser absoluta;[1] el enfermo delira constantemente, y su inquietud es muy grande. A las 2 de la tarde entra en estado comatoso, y á las 3 muere.

Hecha la autopsia, encontramos los dos riñones, enormes, de color hortensia, y con un pequeñísimo islote en cada uno, al parecer sano, si juzgamos por su color, que era el normal; había, además, manchas hemorrágicas irregularmente distribuídas y en las pelvicillas, arborizaciones vasculares. El bazo estaba medianamente hipertrofiado, absolutamente infiltrado de pigmento melánico, muy blando, tendiendo á tomar el aspecto de «lodo esplénico.» El hígado, poco aumentado en sus dimensiones, de color pizarra y muy duro; la vesícula biliar, llena de bilis, espesa y negruzca. Los otros órganos estaban más ó menos infiltrados de pigmento melánico. La vejiga, vacía. (4ª Sala de Medicina.—Cama núm. 47.)

Accesos perniciosos.—Forma comatosa.

Uno de nosotros (Ocaranza) asistió en la 4ª Sala de Medicina, á un soldado del 28º Batallón, que tuvo dos accesos comatosos: uno se prolongó por tres días y otro por cuatro, con intervalo de diez días. Este individuo salió en buen estado del Hospital, después de haber tenido una serie de accesos intermitentes simples. Á este individuo se le prescribió un gramo diario de cloruro de quinina en inyección hipodérmica, durante 15 días, y cada tercer día 50 centigramos durante los 30 días siguientes.

Acceso estuporoso.

El 28 de Septiembre de 1903, al practicar mi visita cuotidiana á los enfermos que se atienden en la 3ª Sala de Medicina, encontré á J. S., soldado del 6º Batallón, en el decúbitus dorsal, respirando tranquilamente, sin emitir sonido alguno, con los ojos abiertos y parpadeando, sin cambio alguno en la coloración habitual de su piel, y con los labios cerrados. Al acercarme, parece que no tuvo la más remota idea de quien estaba á su lado; al hablarle, no entendió lo que yo le decía; ni siquiera movía la cabeza, dando idea de un hombre absolutamente sordo; gritándole con energía cerca de los oídos, volteaba la cabeza con lentitud, pero muy pronto caía en su postura primitiva; los pellizcamientos de la piel, no los sentía; pinchándole con un alfiler, apenas hacía un gesto; movía con mucha lentitud los miembros y al levantárselos y dejarlos caer de cierta altura, volvían inertes á su primitiva posición. Este enfermo

1 Varias veces al día se llevaba una sonda de Nélaton hasta la vejiga, desde que la anuria se hizo absoluta, y no pudimos obtener en ningún día alguna gota de orina.

apenas cumplía un mes de haber llegado de Yucatán, y tuvo varios accesos de intermitente terciana, el último de los cuales fué el que precedió al ataque pernicioso. Desde su llegada había tomado diariamente 50 centigramos de sulfato de quinina *ab ingestis*, y 5 centigramos de cacodilato de sosa, por la hipodermis, cada tercer día. El día de su ataque pernicioso, se le inyectó un gramo de cloruro de quinina, un centímetro cúbico de aceite alcanforado al 10 por 100, dos de éter sulfúrico: todo fué inútil; después de seis horas de estupor, y algunos minutos de coma final, J. S. murió.

Acceso epileptiforme.

C. M., soldado del 6º Batallón, fué atacado una noche de convulsiones, tónicas primero, clónicas después, que siguieron toda la noche bajo la forma de accesos, alternando con pequeños períodos comatosos. En la mañana del día siguiente se repiten aún algunos accesos, que terminan definitivamente con un acceso comatoso, que se prolonga dos horas; el individuo recobra al fin el conocimiento, atravesando por un período de estupor; sus facultades intelectuales estuvieron perturbadas, y su palabra aun es lenta. Al día siguiente del acceso, y fuera de toda otra perturbación de la sensibilidad y del movimiento, le apareció una escara sacra de considerable extensión. Temperatura durante el acceso, 40º.

Al enfermo en cuestión, se le aplicaron sucesivamente: 50 centigramos de cloruro de quinina, en inyección hipodérmica; dos centímetros cúbicos de éter, y 50 centigramos más de quinina. Se le hizo una revulsión, poniéndole seis sinapismos en diversas partes del cuerpo, y prendiendo fuego á un poco de alcohol, derramado en el vientre.

La convalecencia de este acceso pernicioso, fué larga y penosa; en los siguientes días, tuvo estos síntomas de congestión pulmonar: submatitez en la base de los pulmones, estertores crepitantes y expectoración sanguínea; se ha quejado de dolores fugaces en los huesos; pero su estado general ha mejorado notablemente. (3ª Sala de Medicina.—Cama núm. 28.)

Accesos diaforéticos.

Estos accesos, á decir de todos los autores, son siempre una exageración en el tercer período del ataque intermitente palustre: los sudores son extremadamente abundantes, el pulso pequeño y la respiración superficial. Nosotros hemos observado algunos casos fuera de las circunstancias anteriores, como acceso aislado en individuos caquécticos, que, sin tener calosfrío ni calentura, comienzan á sudar; el sudor va haciéndose más y más copioso: pasa sus ropas, y algunas veces la manta de sus camas. Hemos visto desaparecer estos accesos, bajo la acción combinada de la quinina y la atropina. (Tres casos en la 3ª Sala de Medicina.)

Perniciosa pulmonar.

Un soldado del 28º Batallón comienza á sentir una gran opresión en el pecho; durante la madrugada de un día del mes de Agosto de 1903, y cuando hacía pocos que había salido del Hospital, á solicitud suya, después de haber padecido, durante una larga temporada, intermitente terciana. La opresión aumenta por momentos; siente dolor en la espalda; y, después de un acceso de tos, expectora sangre espumosa y casi pura. El oficial de servicio en su Compañía, manda transportarlo inmediatamente al Hospital, y es alojado en la 3ª Sala de Medicina.

Fui llamado inmediatamente, para atenderlo, y al llegar lo encuentro sentado, apoyando las manos en la cama, con una gran dispnea, ansioso, moviendo la cabeza con desesperación y quejándose ruidosamente; tenía la cara pálida, los ojos muy abiertos, la boca cubierta de sangre y arrojándola en abundancia, después de frecuentes accesos de tos. El pulso era pequeño y frecuente la temperatura axilar, 39°6. La percusión del tórax demuestra submatitez en la base de los dos pulmones y á la auscultación se oyen estertores diseminados en toda la extensión de los pulmones. Inyectamos desde luego un gramo de cloruro de quinina y hacemos cauterizaciones puntuadas en la base del tórax. Súbitamente el enfermo cae pesadamente sobre la cama, deja oir un sonido ronco, como el de un espasmo laringeo y pierde el conocimiento en medio de un ataque convulsivo que dura unos cinco minutos, viene después un acceso comatoso que se prolonga como una hora y media y durante el cual inyectamos 50 centigramos más de quinina y un centímetro cúbico de aceite alcanforado al 10%. El individuo recobra por fin el conocimiento, los fenómenos congestivos del pulmón, aun cuando menos intensos se prolongan cuarenta y ocho horas y después se disipan absolutamente.

Paludismo crónico.—Paraplegia palustre.

I. G. soldado del 6º Batallón, llegó de Yucatán con caquexia palustre, el 24 de Junio del presente año; la caquexia que era de forma seca, mejoraba con mucha lentitud. En los primeros días del mes de Septiembre, siente «dolores dentro del hueso» dice, cuya intensidad va aumentando más y más cada día, se queja también de una sensación penosa de frío en las piernas «que con nada se quieren calentar» y pocos días después, está imposibilitado para bajar de la cama y andar, porque sus miembros inferiores no lo sostienen; pero acostado le es posible mover las piernas. Los miembros superiores los mueve con soltura y su fuerza no le parece menor que en los días en que podía andar aún.

Hay retención de orina y materia fecal; pero la evacuación se facilita en los primeros días, dándole un baño de asiento muy caliente; después es necesario el cateterismo para evacuar la vejiga y lavativas para evacuar el intestino.

Los reflejos rotuliano y patelar están conservados, lo mismo que los reflejos abdominal y testicular, aun cuando estos últimos están débiles.

Hay analgesia en las piernas y en los muslos, y hormigueos en los mismos miembros inferiores.

Por más que el individuo en cuestión tenía antecedentes alcóholicos, procedí á inyectarle diariamente 50 centigramos de cloruro de quinina y el resultado no se hizo esperar, pues diez días después, la analgesia desapareció, los movimientos fueron más fáciles y actualmente puede andar, aun cuando tiene la marcha «en steppe.» (10 de Octubre).

Perturbaciones del lenguaje en los palúdicos crónicos.

Entre los muchos accidentes y complicaciones que tienen los caquécticos por infección palustre, se cuenta la afasia, que nosotros no hemos visto en alguno de ellos (y son muchos los que se curan en las salas que están á nuestro cargo); pero en cambio en tres palúdicos crónicos, no caquécticos, hemos tenido oportunidad de observar perturbaciones de la palabra que siguen esta secuela: un individuo con paludismo crónico, acusa una dificultad para hablar, que primero se manifiesta por dificultad en el lenguaje, más tarde las palabras son entrecortadas y confundidas unas letras con otras; después de un lenguaje ininteligible, sigue un verdadero ruido y por último la mudez completa, absoluta y no como los verdaderos afásicos, que tienen una sílaba ó una palabra corta para expresar todas sus ideas, pues no les queda más, que la posibilidad de emitir sonidos absolutamente guturales. En los tres casos que hemos observado esas perturbaciones, hemos empleado un tratamiento intensivo por la quinina y hemos visto cómo se disipan las perturbaciones, siguiendo una marcha en sentido inverso: el enfermo puede ir pronunciando sílabas primero, después palabras cambiando letras y por último, sigue un período indefinido en que la palabra es lenta, la voz se detiene un poco, después de pronunciar una ó dos sílabas ó bien terminar las palabras con una entonación menos enérgica, como en un soplo.

En el último enfermo en quien observamos perturbaciones del lenguaje, éstas no llegaron hasta la mudez. Este individuo, fuera de otra alteración de la sensibilidad, del movimiento y del poder reflejo, presentaba el sindromo siguiente: desigualdad de las pupilas, ligera desviación de la boca y perturbaciones del lenguaje caracterizadas por pronunciación lenta y terminación de las palabras en un soplo.

Este individuo, palúdico crónico, muy mejorado ya, vió desparecer los síntomas que presentara, mediante la ingestión cuotidiana de 50 centigramos de sulfato de quinina.

Formas cutáneas.

Hemos observado varios casos de urticaria palustre y entre ellos hubo uno que nos llamó la atención, pues tuvo dos accesos de urticaria que alternaron con una fiebre intermitente terciana y un caso de prurito simple que aparecía cada tercer día después de las doce de la noche y se disipaba en las primeras horas de la mañana. Este caso lo observamos en un caquéctico que ocupaba la cama núm. 38 de la 3ª Sala de Medicina. Ese prurito terciano desapa-

reció con la aplicación de 50 centigramos diarios de cloruro de quinina, en inyección hipodérmica.

Relación entre el paludismo y las psicosis.

N. A. soldado del 6º Batallón, llegó de Yucatán en el mes de Agosto próximo pasado con paludismo crónico simple, y sin que pudiésemos apreciar desde luego, lo que descubrimos más tarde. A este individuo lo veíamos generalmente con el ceño fruncido, hablaba solamente lo muy necesario, con sus compañeros y al pasar visita notábamos siempre que sus respuestas eran tardías, generalmente con monosílabos y siempre que nos dirigía la palabra tenía los ojos bajos. Nosotros supusimos al principio que todo eso dependería en parte de su carácter y en parte también de la pereza que acarrean todas las anemias.

Un día se nos encara y con la mirada fija y brillante, la frente arrugada, nos dice: «¡Que, estoy castigado! ¡Todos mis compañeros huyen de mí! ¡Todos me odian!» y añadió después con desaliento: «Tienen razón, soy un criminal, soy un asesino, soy un hombre que ha causado muchos males! . . . .» Supimos después, que nadie hablaba con él, porque era inaccesible; pero que en cambio, nadie lo molestaba. Eso fué una revelación para nosotros: N. A. era un melancólico.

En nuestras investigaciones posteriores fuímos informados que nuestro enfermo buscaba los lugares más apartados, los más solitarios, en donde pasaba acurrucado largas horas de meditación, ó más bien de abstracción; comía poco y durante una gran parte de la noche permanecía en su cama, sin dormir y siempre triste y pensativo. Desde esa época le inyectamos 50 centigramos de cloruro de quinina diariamente y 0.05 de cacodilato de sosa cada tercer día. Actualmente come con más apetito, su estado general se ha mejorado y parece más comunicativo con nosotros.

Existe actualmente en la 4ª Sala de Medicina, un palúdico crónico, muy rebelde al tratamiento, de oficio electricista, que padece alucinaciones profesionales nocturnas: se sueña en lo alto de un poste de donde cae ó bien es arrollado por una banda ó por último, fulminado por una corriente eléctrica de gran potencia; despierta sobresaltado y algunas veces gritando. Esas alucinaciones nocturnas, se repiten casi noche á noche.

Jalapa, Diciembre 8 de 1903.

DR. FERNANDO OCARANZA.

SECCION XI.

NUEVO TRATAMIENTO PALIATIVO

DEL

CANCER UTERINO DESECHADO POR INOPERABLE

POR RICARDO SUÁREZ GAMBOA

Cirujano del «Hospital Morelos,» Miembro de la Academia Nacional de Medicina, de México; de la Sociedad de Medicina y Cirugía, de Río Janeiro, etc., etc.

A MIS QUERIDOS AMIGOS Y EMINENTES MAESTROS, LOS SRES. DRES. EDUARDO LICÉAGA, FRANCISCO DE P. CHACÓN Y JOAQUÍN VÉRTIZ.

Hoy, en este episodio de mi vida médica, busco vuestra respetable sombra y vuestro venerable amparo. ¡Que el público médico sea benevolente con mis escritos, no por lo que valgan, sino por los efluvios de Ilustración, de Constancia y de Modestia que rodea todo aquello que se engalana con vuestros nombres!—DR. SUÁREZ GAMBOA.

Algunas generalidades Clínicas.

En la cabecera de un enfermo, el médico que reconoce un tumor, tiene que plantear dos cuestiones clínicas principales:

¿El tumor es *benigno ó maligno?*

¿Es *operable ó inoperable?*

Los tumores *benignos* evolucionan sin alterar la salud general; están perfectamente circunscriptos á una zona regional; no se reflejan sobre el sistema linfático; no se generalizan al resto de la economía; y una vez extirpados, no se reproducen.

Los tumores *malignos,* aunque bien limitados en su comienzo, no tardan en hacerse difusos; infectan muy precozmente el sistema linfático; por su emigración metastática á los principales órganos de la economía, producen una caquexia rápida; y una vez operados, se reproducen con extraordinaria frecuencia.

Los tumores *operables* son aquellos, que bien limitados, con prolongaciones ó zonas secundarias bien marcadas y aisladas, se encuentran en individuos cuyo organismo está resistente y sano, y no han invadido órganos esenciales para la vida. Todos los tumores *benignos*, en individuos sanos, son operables. Todos los tumores *malignos,* en su principio, son igualmente operables. La cuestión de la operabilidad no se vuelve un asunto serio, sino en los *benignos* desarrollados en órganos nobles ó en individuos cuyo estado general es malo. En cuanto á los tumores *malignos,* la inoperabilidad comienza á entreverse desde que alcanzan cierto desarrollo.

Los tumores *inoperables*, son: cuando por su extensión y prolongamientos, hacen imposible la total extirpación de la neoplasia y de sus anexos; cuando el individuo se halla bajo la influencia de un estado general grave; cuando los órganos comprendidos por el tumor, se hallan fuera de la acción del cirujano; y, por último, cuando la naturaleza del tumor sea tal, que esté ya reconocido,

prácticamente, que su operación será acompañada de trastornos generales muy graves, como sucede, por ejemplo, con el *linfadenoma del cuello*.

El médico que plantea las anteriores cuestiones, no debe olvidar que, al resolverlas, se entrega á la meditación de grandes problemas clínicos. En efecto: nada hay más variable que la *benignidad* de los tumores, ni nada hay más peligroso que la declaración de la *operabilidad*.

La benignidad siempre es relativa, porque todo tumor *benigno* es una amenaza de un *maligno;* porque toda neoplasia benigna, implica un futuro peligroso é incierto.

El tipo de los tumores llamados *benignos*, ha sido el *fibroma*, y todos mis lectores saben lo que hay que esperar de esta benignidad, cuando el *fibroma* se desarrolla en la apófisis bacilar de un joven ó en la matriz de una mujer.

La transformación de los tumores *benignos* en *malignos*, se ve todos los días. Del papiloma al carcinoma y del condiloma al epitelioma, no hay más que un paso; de la fungosidad ulcerosa cicatricial al neoplasma epitelial, y del cistoma proliferante ovárico á la carcinosis peritoneal ó generalizada, no hay más que otro paso.

El lipoma es otro tipo de tumor *benigno*, y cuando por su sitio y dimensiones perturba órganos esenciales, adquiere toda la importancia del tumor *maligno:* testigos, los grandes lipomas del mesenterio y del gran epiplón.

El sarcoma es un tumor que ya solemos verlo manejarse como un tumor *benigno*, ya adquirir todos los caracteres del más *maligno* de los neoplasmas.

En lo tocante á la operabilidad, tenemos que hacer no menores salvedades. Tal tumor, que hoy nos parecerá *operable*, dos ó tres días después adquirirá nuevas circunstancias que lo harán *inoperable*. Tal neoplasia, que la clínica nos autorizará á su extirpación; con el bisturí en la mano, con los tejidos abiertos, se nos puede presentar como un tumor perfectamente *inoperable*.

Se ve que no siempre será cuestión sencilla la solución de los problemas planteados antes.

Y si estos problemas se inician ante una enferma cuyo tumor se halla en el útero, las dificultades suelen crecer más aún.

¿Qué reglas deben seguirse para extraviarse lo menos posible en esta clase de investigaciones?

Es decir, ¿cuándo un tumor del útero es *operable* y cuándo no lo es? (fig. I).

Cuestiones son estas que no me incumbe resolver: las he tratado con alguna extensión en mi *Clínica Quirúrgica*, primer tomo; y á las páginas comprendidas entre la 106 y la 130, remito á mis lectores.

En el mismo libro se encontrarán todos los datos relativos al tratamiento médico y quirúrgico del *carcinoma uterino operable*.

Aquí me ocuparé única y exclusivamente del *tratamiento del cáncer uterino, ya diagnosticado, bien estudiado y desechado por inoperable*.

¿Cómo llegan las mujeres á la categoría de cancerosas uterinas avanzadas?

Todos los médicos hemos visto enfermas de cáncer uterino avanzado. Estas víctimas pálidas, estas infelices mujeres que arrastran por donde van, su miseria orgánica y su martirio eterno; estas agonizantes ambulativas, que recorren los Consultorios, que acechan los Hospitales, que siempre desesperadas espían la medicina nueva ó el médico nuevo, que se anuncian, son nuestras

conocidas; son las acompañantes frecuentes de los médicos; son la clientela inseparable de los Ginecólogos Especialistas.

Y su historia es terrible, pero homogénea; sus padecimientos crueles, pero uniformes en todos los relatos; su esperanza siempre incólume, pero la decepción de sus médicos siempre amarga y constante.

Y desde el Consultorio, hasta la Clínica nosocomial; desde las narraciones privadas, hechas á media voz en la recámara infecta de la paciente, hasta la correspondencia epistolar que los médicos solemos recibir por el Correo, siempre encontramos las mismas notas, siempre entrevemos el idéntico calvario, siempre adivinamos el mismo pronóstico y la prolongada agonía. Siempre las enfermas nos manifiestan su suprema esperanza: la muerte.

Y si las enfermas de cáncer uterino, son variadísimas en su número, la historia de ellas es, por lo común, *única*.

Siempre es el mismo principio: la *mujer uterina*.

Quien dice *mujer uterina*, dice todo un pasado de dolencias, de sufrimientos, de enfermedades de la cintura; acumula en una sola frase, una historia más ó menos larga, de abortos ó de partos mal cuidados, de flujos más ó menos abundantes y rebeldes, de contagios de maridos infames á esposas sanas y puras, de dispepsias reflejas y de neuralgías abdominales, de metritis crónicas abandonadas; en fin, de sufrimiento, poco intenso, pero constante, de todos los órganos pélvicos y abdominales.

Y más tarde, en estas *mujeres uterinas*, la aparición de ligeras hemorragias, de pequeños dolores hasta entonces no conocidos, vienen á producir ligeras alarmas, bien pronto calmadas por falsas interpretaciones de consuelo, por las consultas á las amigas que han padecido de la cintura, por las interrogaciones á los médicos de confianza.

Y luego el duro trance para las señoras, de las curaciones uterinas; más tarde el martirologio de las cauterizaciones, de las pequeñas operaciones sangrantes, de las resecciones parciales y aun de las histerotomías limitadas; y por último, como desenlace, el sillón del especialista, que les anuncia un cáncer avanzado y que no tiene en sus recursos un medio de curación.

¡Cuán excepcional es la enferma de cáncer uterino, que al llegar á la consulta del especialista, no trae ya, en su pasado, una gran serie de curaciones anteriores, de grandes cauterizaciones, ya químicas, ya físicas, y aun de varias operaciones preñadas de promesas vencidas y de desencantos fatales!

¡Pero más excepcional aún, es que alguna vaya llevando un buen consejo; que haya sufrido la indicación de una verdadera y salvadora medida!

Y esto reconoce varias y disímbolas causas: *unas relativas á las enfermas, otras pertinentes á los médicos.*

En lo tocante *á las enfermas* hay que reconocer que, si difícil y árdua es la tarea de convencerlas de que en su seno llevan un padecimiento mortal, cuando apenas les molesta, cuando no ven sangre y cuando su salud en general no está en lo más mínimo modificada; más árduo, más difícil, es aconsejarles en esas condiciones, una operación tremenda; y casi imposible, á menos de una gran dosis de criterio y de inteligencia de las pacientes, es que ellas acepten tal operación.

Pero si por casualidad algún Cirujano les aconseja una operación radical, las enfermas se aterran, se escandalizan y huyen de aquél que procura salvarlas, como si quisiera atentar contra su vida.

Y comienzan su peregrinación funesta, al través de los Consultorios y de

los Hospitales; entre las opiniones aisladas y las resoluciones adquiridas en juntas de médicos.

Y fuerza es confesarlo, *la gran mayoría* no va buscando al hombre sabio, al operador diestro ó al especialista inteligente, no; por desgracia, va buscando un cualquiera, sabio ó ignorante, diestro ó torpe, que la reconozca y le diga solamente estas palabras: *No, señora, usted no necesita operarse.*

Este es *su hombre*, y una vez hallado no lo abandona, no lo suelta; y sacrifica su fortuna, sacrifica sus dolencias, pierde su tiempo, avanza su mal, y encuentra, al fin, la muerte.

Y si *á los médicos* nos dirigimos. ¡Cuánto que analizar! ¡Cuánto que escribir y cuánto, pero cuánto, *que callar....!*

Hay desde luego un grupo de médicos, á los que sus enfermas de cáncer uterino se les agravan y aun se les mueren, porque leal y sinceramente no conocen el cáncer uterino. Hay que reconocer que no siempre esta ignorancia depende de ellos. La naturaleza de su aprendizaje médico; las circunstancias de su ejercicio profesional; la necesidad de ocuparse en unos ramos de la Ciencia Médica, que les impide estudiar mejor otros..... ¡Tanto hay que los excusa!

Nada tengo que decir de ellos: honorabilísimo grupo de hombres honrados, no son dignos de vituperio por la escasez de su práctica, ni por su poca pericia.

Hay otro grupo de médicos, más instruídos que el anterior, con más práctica y mayor pericia: éstos sí conocen el cáncer uterino, saben los peligros enormes de él y las consecuencias de su evolución.

Pero no operarían jamás un cáncer, ni permitirían que se operase.

Estos son más nocivos. Esta resistencia á la cirugía del cáncer, no siempre implica un atraso intelectual: conozco médicos que pasan por ilustrados, que nunca operarían un cáncer. Cuestión de temperamento ó de imaginación. Hay quien prefiere asistir impasible, á la marcha fatal é irresistible de un tumor mortal; hay quien presencia con los brazos cruzados, una agonía y una muerte pausada y lenta: yo no.

Sobre estos abstencionistas fanáticos, pesan muchas víctimas del cáncer y mucha responsabilidad en la estadística de las operaciones incompletas!

Hay un último grupo, del que no quisiera hablar; pero es preciso, debo hacerlo; pasaré sobre él muy ligeramente.

Me refiero aquí al grupo inmoral de los hombres llamados médicos, que conocen admirablemente bien el cáncer uterino, que saben todo lo que debe esperarse de la pérdida del tiempo, que no ignoran los buenos resultados que se obtienen en las operaciones precoces, y que, sin embargo, en sus indignas especulaciones, ni aconsejan la operación, ni la practican, ni permiten que se practique.

Y no son abstencionistas por convicción—esto los excusaría—sino por conveniencia, por mercantilismo. Abusan del estado desequilibrado de la mente de estas desesperadas, y las entretienen durante meses, con sus maravillosas promesas, sus misteriosos brevajes y sus constantes facturas.

Conocí un médico muy inteligente, extraordinariamente ilustrado, aunque profundamente desequilibrado, que á una enferma de cáncer uterino bastante avanzado, que debía ser operada por un hábil ginecólogo mexicano, cuando la infeliz señora, abatida y desmoralizada por su próxima operación, lloraba sin consuelo, este hombre consiguió aproximarse á ella y vertió en sus oídos

la esperanza, envenenó su decisión y obtuvo su ilimitada confianza. Le ofreció curarla sin operación, por ¡trescientos pesos adelantados!....

Permitidme pasar adelante: aquí debía intervenir el Código Penal. No es, ésta, lectura digna de los hombres honrados.

Queda, por último, otro grupo de causas para la producción de las cancerosas uterinas avanzadas.

El que comprende aquellas mujeres, que con mejor fortuna que todas las anteriores, han sido atendidas por médicos juiciosos, especialistas ó no, pero que tratan el cáncer como es debido, que saben lo que deben hacer, y que esto lo ejecutan bien.

Pero el cáncer estaba ya muy avanzado cuando fueron operadas; las celdillas cancerosas emigratrices cruzaban los tejidos pélvicos en todas direcciones; los ganglios linfáticos habían sufrido ya la visita del terrible blastomiceto; y el cáncer ha repululado ó se ha reproducido después de la intervención.

En este último caso hay también una víctima. Solamente que ahora no es la enferma; ahora le tocó su turno al médico, al operador honrado, al ginecólogo honesto.

Ahora, los enfermos y sus familias tacharán la operación de mal hecha; declararán al operador torpe ó inepto; le imputarán los estragos de su propio cáncer, y tomarán la buena reputación y el prestigio de su médico, para destrozarlos y cebarse en ellos, buscando el más innoble de los consuelos: la venganza.

¿Qué se hace por lo común con las cancerosas uterinas avanzadas?

Poco tengo que decir á este respecto. Todo lo que yo sé sobre el particular, está ya consignado en mi libro «*La Histerectomía*,» conocido desde hace dos años por el público médico.

Sin embargo, recordaré someramente lo que desde entonces dije:

El tratamiento paliativo del cáncer uterino avanzado, puede pertenecer tanto á la Terapéutica médica como á la quirúrgica.

El tratamiento paliativo médico, comprende los siguientes puntos:

I. Calmar los sufrimientos de la enferma.

II. Procurar el buen funcionamiento del tubo digestivo; y

III. Sostener el buen estado general.

Estos tres diversos temas, han sido estudiados ya. No tengo por qué volver á ellos.

El tratamiento paliativo quirúrgico, comprende á su vez:

I. Las curaciones uterinas.

II. Las cauterizaciones.

III. La raspa del útero y del tumor.

En el final de mi discusión clínica sobre estos puntos, puede leerse lo siguiente:

«Es este el momento de acudir á los métodos paliativos. Desde entonces «el cirujano queda á su inspiración propia abandonado. Ya no curará; sola-«mente procurará aliviar. Para esto todos sus recursos son buenos, y, desgra-«ciadamente, serán pocos.»

Por estas líneas puede verse que, desde entonces, comenzaba yo á llamar la atención sobre la pequeñez de nuestros esfuerzos para la mejoría de la situación de las mujeres cancerosas uterinas avanzadas.

Hoy traigo algún recurso nuevo? ¿El origen de mis escritos se encuentra en alguna novedad ó en algún descubrimiento moderno, que mejore nuestra situación impotente en la tremenda lucha del cáncer y de nuestra Terapéutica?

De ninguna manera. De poco nuevo voy á tratar: me limitaré á dar mis impresiones personales en esta terrible situación, tan frecuente, y á procurar hacer por estas infelices cancerosas, lo único que me es dable: levantar algo la moral de los médicos, discutiendo, junto con ellos, esta gran cuestión: Frente á una enferma de cáncer uterino avanzado, estamos completamente inermes? ¿Merecen estas infelices que las dejemos morir, limitándonos á nuestra jeringa de inyecciones hipodérmicas y á nuestro desconsuelo?

Analicemos la cuestión por partes. Para saber lo que se puede hacer, se necesita conocer lo que se va á combatir. En otros términos: si queremos aliviar á las enfermas de cáncer uterino avanzado, necesitamos saber cómo mueren; por qué procesos atraviesan, hasta el supremo momento en que se hace en ellas imposible la vida.

¿Cómo mueren las enferma de cáncer uterino?

No encierra dificultad alguna conocer el estado grave de una enferma de cáncer uterino: basta verlas.

Esas mujeres macilentas, dobladas, de cara pálida y mirada triste; de ojos hinchados, medio hundidos en cuencas bordeadas de tinte morado y negro; en cuya risa melancólica, no sabemos si encontrar reflejos de martirio ó acentos sarcásticos para la Medicina y sus médicos; esas víctimas, verdaderos espectros ambulantes que llevan por donde quiera que ellas van, el fuego que les abrasa las entrañas; que casi se arrastran sobre sus flacos y edematosos pies; que señalan su camino con un reguero de sangre cancerosa fétida, esparcen en la recámara, en la sala del Hospital, en el ambiente del Consultorio, el revelador signo de su tremendo mal: la fetidez insoportable.

Son nuestras viejas conocidas, sí. Nadie olvida estas poseídas del *espectro rojo*, cuyas metrorragias, incoercibles y abundantes, resisten á todo tratamiento, y que cuando llegan á cohibirse, es para ceder su puesto á la icorosa leucorrea cancerosa, al escurrimiento sero-sanguinolento, que arrastra fragmentos de cáncer gangrenado, que escoria la vagina, que empapa las ropas de la enferma, que satura la cama, que caracteriza las habitaciones de sus productoras.

La hemorragia: he aquí el primer enemigo de las cancerosas. El escurrimiento sanguíneo, ora bajo la forma de gotas, ora bajo el carácter de escurrimiento constante, vacía lentamente el aparato circulatorio de las enfermas; produce la aglobulia intensa de la caquexia y su inseparable hidremia; y en algunas, como en la enferma de mi observación primera, puede llegar hasta producir el estado sincopal. La sangre se va y con ella la vida: estas mujeres que no se nutren, que no tienen con que reemplazar el jugo vital que pierden sin cesar, van apagándose, lentamente unas, rápidamente otras, ante los progresos de la anemia, de la aglobulia y de la hidremia.

El primer punto que debe llamar nuestra atención, es incuestionablemente la *hemorragia*.

Las yemas cancerosas, con su trama íntima, organizada bajo enorme presión, con su circulación propia escasa y languideciente, no tardan en transformarse en el más característico putrílago, resultado de la inmensa masa

neo-celular, que carece de nutrición central suficiente. Y este putrílago, esencialmente constituído por residuos de naturaleza orgánica, es un espléndido terreno para los gérmenes atmosféricos, de todas formas y clases; de todas virulencias y energías. Desde las fermentaciones pútridas, las principales, hasta los procesos piógenos y sépticos esenciales y específicos, como los de los estreptococus, todo se observa ahí, todo germina y crece en medio de tanta materia orgánica inerte.

Y los estragos microbianos, que ayudan á la eliminación de fragmentos del neoplasma, por liquefacción, ayudan también á su avance, á su difusión y á su resultado final. A su avance, porque la zona de infección celular peri-neoplásica, disminuye la resistencia de los tejidos y facilita la labor de los llamados *blastomicetos;* á su difusión, porque la becticidad infecciosa disminuye la resistencia general del organismo y facilita las metastasis, y á su obra final, porque las lesiones tóxicas cardio-renales, ayudan á dar bien pronto cuenta de las enfermas.

La septicemia concomitante al cáncer, es un poderoso factor de destrucción de las enfermas. Y esta septicemia puede variar de grado y de intensidad. Desde las infecciones intensivas de las cloacas vésico-recto-vaginales, de origen canceroso, hasta las medianamente soportables de las ooforo-salpingitis y de las endometritis auxiliares, se comprende que hay multitud de matices.

La hipertermia, periódica ó constante; las lesiones del miocardio y del epitelio renal, por la toxemia; el agotamiento incesante de la economía, por el escurrimiento sero-sanguíneo especial de las ulceraciones sépticas; todo, todo contribuye al desastre de esa existencia.

Segundo peligro grave del cáncer uterino: *la infección.*

El útero no es un órgano esencial para la vida de las mujeres; pero está rodeado de órganos cuyo funcionamiento sí lo es. Entre éstos, el más importante es el uréter. Un cáncer, estrictamente limitado al útero, que no sangrara, que no infectara, sería compatible muchísimo tiempo con la vida.

Desgraciadamente, lo primero que hace el cáncer uterino en cuanto puede avanzar un poco, es extenderse en las cercanías. El cáncer cervical, y especialmente el de la mucosa uterina externa—cáncer pavimentoso—tiende á destruir la vagina y sus anexos, vejiga y recto; el cáncer del cuerpo del útero, el de la mucosa interna—cáncer cilíndrico—tiende á invadir los tejidos pélvicos y paramétricos. Esto de una manera muy general y susceptible de multitud de variantes.

Si las infiltraciones uterinas cancerosas avanzan lateralmente, encuentran bien pronto los ureteres, los rodean, los desvían, los comprimen, los estrechan ó los obstruyen, y las enfermas no resisten la uremia crónica ó rápida, que complica su cáncer. No mueren verdaderamente de cáncer uterino, sino de uremia; no sucumben en el marasmo y la tortura lenta de la caquexia, sino en el sueño ó en las convulsiones de la intoxicación urinaria, lo que no dejaría de ser relativa ventaja.

Si las infiltraciones cancerosas atacan la vejiga y el recto; si la marcha progresiva abre el intestino delgado—hecho raro, pero posible,—las enfermas adquieren nuevas y tremendas causas de muerte; pero esta muerte se hace por auto-intoxicación, y es más lenta y más dolorosa.

Hay otras maneras de terminar con la vida de las enfermas, para el cáncer uterino, tales como la *peritonitis*, la *embolia pulmonar*, la *carcinosis aguda generalizada*, las *flebitis específicas*, etc.; pero todo este grupo, inconstante y

raro, puede clasificarse de la siguiente manera: *por avance demasiado rápido del proceso.*

Y, en resumen, hemos encontrado que las enfermas de cáncer uterino sucumben de cuatro modos principales:

I. Por agotamiento debido á las hemorragias.
II. Por marasmo septicémico.
III. Por uremia; y
IV. Por el avance demasiado rápido del proceso. (Causas complexas.)

(Continuará.)

SECCION XVII.

EL SALICILATO DE SOSA EN LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO.

TRABAJO INAUGURAL ANTE LA SOCIEDAD MEDICA "PEDRO ESCOBEDO"

Muchos años hace que el Salicilato de sosa ha sido preconizado como un poderoso *colagogo.* (Rutherford et Vignal, 1875—Lewacher, Prevost et Biret, 1888—Rosemberg, etc.) Y sin embargo de ello no parece que este medicamento haya entrado conforme á sus méritos en la práctica usual, ni que ocupe en la terapéutica de las enfermedades hepáticas el importante lugar que por derecho y en justicia le corresponde.

En un artículo de la *Semaine Médicale* (2 de Enero de 1901) el Dr. Chauffard ha realzado el valor del Salicilato de sosa y su indiscutible eficacia en el tratamiento y sobre todo en la profilaxis de la *litiasis biliar* con cólicos de repetición; explicándose fácilmente los buenos resultados obtenidos en este caso por el aumento que se logra de la secreción biliar en su parte acuosa que acarrea mayor fluidez y menor consistencia de la bilis. Bajo la influencia del Salicilato en efecto se aumentan en menor proporción y menos rápidamente que la parte líquida, de donde proviene sin duda el mayor vigor de la acción mecánica de la corriente biliar que barre y arrastra á su paso los tapones mucosos y cálculos que son la causa ocasional de la crisis.

En la observación siguiente la interpretación del *modus agendi* del medicamento es acaso un poco más difícil. Trátase solamente de un caso aislado, pero la eficacia del medicamento ha sido tan evidente que es conveniente siquiera á título de documento, el consignar esta observación.

—Alejandro M., de edad de 42 años, habita en Tierra caliente. Bajo el punto de vista que nos interesa, no encontramos en sus antecedentes sino una fiebre biliosa (?) que persistió por mucho tiempo. El enfermo jamás ha padecido disentería.

Cuando le vi por primera vez, el 21 de Marzo de 1896, me refirió que tiene calentura desde el 7 de Febrero anterior, fiebre de tipo contínuo que oscila entre 38° en la mañana y 39° ó 39°5 en la tarde, asegurando que al principio tuvo los síntomas de una laringo-bronquitis gripal, extinción de la voz y el estado general que caracteriza la gripa.

Es en Orizaba, á donde el enfermo llega en busca de salud por cambio de clima, en donde examino á este enfermo, pero este cambio de clima no basta

á mejorar su estado porque 8 ó 10 días después de su arribo, su estado es el siguiente:

Enflaquecimiento marcado; tinte sub-ictérico de las conjuntivas y del freno de la lengua, calentura oscilando siempre entre 38° y 39°5, á pesar de las buenas dosis de quinina y de las preparaciones arsenicales prescritas por otro médico durante la primera semana de su permanencia en Orizaba. Anorexia completa; diarrea fétida y un poco incolora; piel seca y orina subidas de color, sub-ictéricas. *El hígado está muy aumentado de volumen y un poco doloroso.* No hay hemorragias nasales ni de otra especie. Varias veces al día, pero irregularmente, sobrevienen ligeros calofríos y sudores. *El enfermo tose aún.* Esta tos, estos sudores que no eran francamente nocturnos ni se localizaban en la parte superior del tórax y el relato del enfermo de una gripa con laringo bronquitis, habían hecho suponer al primer facultativo que le examinó á su llegada, que en el caso se trataba de una *bacilosis aguda*. Pero no revelando cosa alguna el examen minucioso del pulmón yo me incliné á creer que los accidentes observados: sub-icteria, diarrea fétida, evacuaciones descoloridas, sequedad de la piel, orinas color de caoba, calentura, sensibilidad del hígado, calofríos y sudores, etc., pertenecían á una *hepatitis aguda*, aunque en los antecedentes no hubiese la colitis disentérica, causa habitual de las infecciones hepáticas.

El 22 de Marzo administré al enfermo 2 gramos de Salicilato de sosa en 2 papeles, imponiéndole el régimen lácteo.

El 23 la temperatura baja á la normal durante 2 ó 3 horas en la mañana para volver á subir á 38°. Igual tratamiento.

El 24 apirexia hasta las 3 p. m. y en la tarde y noche únicamente 37°5. Continúa el mismo tratamiento.

El 25 solamente á las 4 p. m. marca el termómetro más de 37° sin pasar de 37°5. Continúa la misma dosis de Salicilato y desde el 26 la calentura desaparece por completo y la apirexia se sostiene durante 12 días en los que el estado general se mejora lentamente, la diarrea se suprime, renace el apetito, la sensibilidad del hígado casi desaparece y puede darse al enfermo por curado. Pero al cabo de este tiempo y á consecuencia de una grave imprudencia en la alimentación, vuelven todos los accidentes. Enciéndese la calentura de nuevo; el dolor hepático es menos difuso y se localiza y vuelven la diarrea, los sudores y la inapetencia. El tratamiento anterior en esta ocasión es estéril ya.

La debilidad y el agotamiento aumentan, el abombamiento de la región hepática se acentúa, el dolor se localiza cada vez más y el 1° de Mayo una punción da medio litro de pus.

Esta simple punción no bastó para dominar la calentura y los otros síntomas de reabsorción; no desaparecieron el abultamiento hepático ni el dolor situado al nivel de la novena costilla y el 10 de Mayo practico la amplia abertura del absceso por el método de Little, con canalización, lavados, etc. Un mes después el enfermo está definitivamente curado.

Creo deber aducir también, aunque en pocas líneas, otras dos observaciones que juzgo interesantes.

En 1900, á mi vuelta de Europa, tuve oportunidad de atender á bordo del vapor al Sr. C***, ingeniero de México, que padeció durante toda la travesía y no por primera vez, de frecuentes crisis de cólicos hepáticos. Cuando las náuseas y vómitos lo permitieron, le prescribí y tomó 3 gramos de salicilato de sosa al día y poco á poco cedieron los dolores. A su llegada á México siguió

el mismo tratamiento metódico tomando el mismo medicamento durante una semana y suspendiéndolo en la siguiente. Las crisis desaparecieron; el estado general, fuertemente comprometido, se mejoró. Después perdí de vista á este enfermo, pero en el caso que sigue, sí me ha sido posible seguir la marcha de la enferma hasta la fecha.

La Sra. J. de C., en el curso de un embarazo gemelar en 1900, se ve atacada de cólicos hepáticos con todos los síntomas de la obstrucción completa del colédoco, icteria franca y persistente, sequedad de la piel y erupciones producidas por rascarse la enferma vigorosamente, á causa del prurito intenso; había evacuaciones pizarrosas, anorexia completa y orinas características. Este estado dura 8 ó 9 meses sin ceder á tratamiento alguno. Se translada á Tehuacán y después de permanecer allí 2 meses regresa en el mismo estado.

Fué entonces cuando solicitó mi asistencia y la sometí al tratamiento por el salicilato de sosa, asociándole esta vez con el borato de sosa y la sal de Carlsbad en las siguientes proporciones:

Salicilato de sosa .	0.30 centig.	}	8 á 10 diarios, de 2 en 2.
Benzoato de sosa. .	0.50 »	}	Dosis para una oblea.
Sal de Carlsbad . .	0.20 »	}	— Háganse 30.

Leche con agua de Vichy y podofilina en la noche para auxiliar la acción insuficiente de la corta dosis de sal de Carlsbad que se adiciona á las obleas como excitante de la secreción biliar.

En el corto espacio de 2 á 3 semanas todo entró en orden; la bilis recuperó su curso habitual y fisiológico y todo el cortejo sintomático de la icteria crónica por retención desapareció para no volver, pues desde entonces mi enferma no ha vuelto á sufrir de su litiasis biliar.

CONCLUSIONES.

Este pequeño trabajo no tiene en manera alguna la pretensión de establecer una novedad. Su objeto es sólo el vulgarizar una acción medicamentosa bien conocida y estudiada ya, pero la cual, en mi concepto, no se utiliza suficientemente en la práctica, aunque desde hace tiempo se halle recomendada por todos los autores.

Después de la bilis y las sales biliares el salicilato de sosa es el más poderoso colagogo y el más seguro ciertamente. Las preparaciones farmacéuticas del jugo biliar, que alguna vez se han prescrito, no deben aceptarse ni recomendarse, porque siendo un producto orgánico es fácilmente alterable y putrescible. Para su uso racional sería preciso obtenerlo diariamente fresco y en buenas condiciones, lo cual significa una dificultad no siempre superable.

Es ventajoso sin duda reforzar la acción del salicilato con la del benzoato de sosa y la de la sal de Carlsbad en las proporciones indicadas más arriba. Esta asociación medicamentosa está netamente indicada en la litiasis biliar, con ó sin obstrucción de las vías biliares, en la icteria catarral benigna, en la icteria infecciosa, en la congestión del hígado, en todos los casos de insuficiencia hepática, etc.

Dr. Th. Rousseau.

México, Enero de 1904.

COLICOS NEFRITICOS.

Caso clínico del Dr. Vigouroux.—Tratamiento.

En las columnas de esta misma publicación hemos abordado ya el tratamiento de algunas afecciones renales, y hoy volvemos sobre el mismo asunto porque el tratamiento del caso confiado al Dr. Vigouroux, que rápidamente vamos á extractar y las reflexiones que añade, son á nuestro juicio justas y razonadas. He aquí el caso:

Mad. X. . . . , de 56 años, padece desde hace 10 de una litiasis renal, habiendo sufrido dos años ha una espantosa crisis de cólicos nefríticos, ocasionada por un cálculo rugoso, de la forma y tamaño de un frijol grande, que fué expulsado difícilmente después de una crisis dolorosísima de 4 días de duración.

En el presente año (1903), en Septiembre, sobreviene un nuevo cálculo con su habitual cortejo de síntomas, sobre los cuales descuella el dolor, el intensísimo dolor, que desde el riñón derecho se irradia hasta la pierna, propagándose por el uréter y la vejiga; enfriamiento general, náuseas, vómitos, ansiedad y angustia. Para calmar el dolor, descongestionar y facilitar la progresión del cálculo se prescribe: *Clorhid. de morfina, Hiosciamina* y *Sulf. de Estricnina*, un gránulo de cada uno cada cuarto de hora hasta disminuir el dolor y en seguida cada media hora, en agua de Vittel. Fricciones *loco dolenti* con una mezcla, partes iguales, de Esencia de trementina y Alcohol alcanforado, aplicada con franela y un baño caliente y largo. Alimentación láctea.

En la noche y sin recurrir á las inyecciones de morfina, hay marcada mejoría, aunque persiste el dolor regional sordo. Continúa la misma medicación cada hora y al siguiente día purgante ligero de Sedlitz Chanteaud. Pero en la madrugada reaparecen los dolores agudos exigiendo la intensificación del tratamiento. Nuevo baño y después gránulos cada media hora. Pasa la crisis; llega el cálculo á la vejiga, y, aunque con gran esfuerzo y dificultad, es al día siguiente expulsado. Forma y tamaño como el anterior.

Para establecer el régimen ulterior, el Dr. Vigouroux recuerda que son tres las especies de litiasis urinarias que se presentan clasificadas según las sales que forman los cálculos. De esto resultan las gravelas úricas, oxálicas y fosfáticas.

Débese la primera á un estado patológico general en que la orina es ácida; la segunda acompaña generalmente á ésta; la tercera depende por lo común de una alteración de las vías urinarias y la orina se encuentra alcalinizada.

La *gravela úrica* se manifiesta cuando la proporción de ácido úrico aumentada en la orina, disuélvese imperfectamente por la concentración de ésta, su acidificación y el exceso de fosfatos ácidos. Aparece cuando es incompleta la combustión de materias azoadas, sea por abuso de alimentación azoada, por trabajo masculino exagerado y por perturbaciones respiratorias ó de la piel. Según Bouchard influyen también, como en la gota, la buena mesa, la dispepsia ácida, las bebidas gaseosas, azucaradas, cidra, champagne, etc.; también el frío, el ejercicio muscular insuficiente ó exagerado, la vida sedentaria ó en aire confinado, por la atonía nerviosa; la hipocondría y dificultad respiratoria. Todos estos factores constituyen una predisposición evidente á la gravela, que alterna con la gota y el artritismo.

La *gravela oxálica* depende de la alimentación, pues el ácido oxálico existe en los tomates, espárragos, frijol blanco, espinacas, etc., pudiendo sin embargo formarse espontáneamente este género de cálculos. Algunas veces coincide esta liatisis con la úrica, apareciendo cálculos de uratos y oxalatos, entre los neurasténicos y dispépticos.

La *gravela fosfática* se forma por fosfatos y carbonatos de cal, y fosfatos amoníaco-magnesianos engendrados por las alteraciones de la mucosa de las vías urinarias producidas por la presencia de cuerpos extraños, fermentación de la orina, alcalinidad de los humores, etc. La orina es siempre alcalina.

El Dr. Vigouroux hace notar que la orina de su enferma era muy ácida, por lo cual eliminó esta última litiasis, excluyendo á la vez la oxálica, tanto porque los cálculos eran menos duros que en ésta, como porque Mad. X. . . . es esencialmente artrítica.

El tratamiento higiénico que impone es el siguiente: Para activar las combustiones orgánicas y facilitar la oxidación de los materiales de nutrición, baños, fricciones secas, masage y ejercicio. Por alimentación algo de pescado, frutas y legumbres verdes de preferencia, proscribiendo las carnes, la caza, platillos con especies, quesos, salsas muy condimentadas, hongos, etc. Prohibición absoluta de bebidas alcohólicas, cervezas y vinos fuertes; un poco de vino blanco con bastante agua. Uso de las aguas minerales de Contrexéville, Vittel ó Martigny.

⁂

El motivo que nos ha impulsado á tomar esta observación como tema de nuestra nota terapéutica mensual, es la notable simplicidad de la medicación impuesta, y á pesar de esto la exactitud con que ésta ha respondido á las indicaciones del caso. Durante el acceso, durante el período de dolor intenso que caracteriza el paso del cálculo, difícilmente se encuentran indicaciones más precisas que las obsequiadas con la terapéutica adoptada, calmando el dolor y facilitando la progresión del cálculo por la acción combinada de la estricnina y de la hiosciamina obrando sobre la fibra lisa.

En seguida y después de la crisis, en breves líneas queda sintetizado el régimen dietético más propicio para combatir la diátesis úrica atacando el mecanismo de este proceso muy frecuentemente observado por desgracia, aunque sobre el uso de la carne la opinión que prevalece no es la de su abstención.

Todos los autores están acordes al conceder un papel importante al ejercicio continuado, aunque sin fatiga, que tan singularmente beneficia también á los gotosos.

El régimen dietético es también uno de los más interesantes cimientos del tratamiento curativo de esta rebelde diátesis. Según el distinguido terapeuta alemán Pfeiffer, de acuerdo con las investigaciones de Cammerer, Norden y Dapper, no juzga justificada la prohibición de la carne. Probando su aserción incluye unas tablas comparativas y muy detalladas que pueden verse en el Tomo II del «TRATADO DE TERAPÉUTICA» de Penzoldt y Stintzing, obra monumental en 7 volúmenes, últimamente publicada y que otras veces hemos citado ya.

Prescindiendo de consideraciones fisiológicas extensas que no caben en una nota como la presente, sólo apuntaremos que son las siguientes las leyes fundamentales que deben observarse en la dietética:

1ª Puede permitirse la carne, los alimentos animales y aun los huevos.

2ª Deben restringirse las substancias hidrocarbonadas sin reducirlas exageradamente si el hábito ó constitución del enfermo no lo permite.

3ª Las bebidas alcohólicas deben ser proscritas por completo.

4ª Las legumbres y las frutas sin azúcar deben constituir parte de la alimentación (excepto cuando hay oxaluria). La azúcar, el pan, las féculas, quesos, golosinas, etc., deben evitarse cuidadosamente.

5ª Las grasas pueden permitirse bajo todas formas; y

6ª El agua debe ingerirse con abundancia.

Respecto de la medicación especial continúa siendo la de Cantani: alcalinos al interior; bicarbonato de sosa 1 gramo; carbonato de litina 50 centig., y citrato de potasa 2 gramos, divididos en 2 papeles; uno en la mañana y uno en la tarde, disueltos en agua de Seltz.

Si á estas prescripciones se añade la vigilancia de las funciones digestivas, la administración de 6 á 8 gránulos al día, repartidos, de arseniato de estricnina, y una higiene correcta y en relación con el clima y las circunstancias especiales del individuo, creemos se habrá impuesto al paciente litiásico el mejor tratamiento para su enfermedad.

Dr. E. L. Abogado.

REUMATISMO Y ANTIKAMNIA

En el periódico «The Medical and Surgical Bulletin» y en un trabajo del Dr. E. G. Evano intitulado «Reumatismo articular agudo» recomienda la asociación de la Antikamnia con el Salol (una ó dos tabletas con 15 centigramos de cada substancia cada 3 horas hasta tomar 10 ó 12 en las 24 horas), en esta penosa y frecuente enfermedad. La acción germicida del Salol y la analgesia de la Antikamnia que evita la administración de la morfina para calmar el dolor, parecen al autor un tratamiento racional y útil procurando á la vez vigilar el aparato gastro-intestinal con una dieta apropiada y excluyendo por completo el alcohol.

SECCION XXII.

PATOLOGIA Y CIRUGIA DENTAL

ESTOMATITIS ULCERO-MEMBRANOSA EN LOS NIÑOS.

En la presente estación he tenido once casos de observación clínica de niños atacados de estomatitis úlcero-membranosa, en forma que pudiera llamar epidémica porque ha sido acompañada del sarampión.

Como tipo de las estomatitis sépticas está caracterizada por su evolución, constituyendo un estado verdaderamente morboso. Es epidémica, y perfectamente contagiosa. He encontrado las ulceraciones características, pero de forma variable en toda la boca, principalmente en los bordes de las encías y en la cara interna de los carrillos. Es considerada generalmente como una enfermedad polimicrobiana, es decir producida por la asociación de microbios patógenos: streptococcus, estafilococcus, etc., que evidentemente se encuentran en las ulceraciones.

Algunos autores han encontrado un bacilo fusiforme con espirillas, que bien pudiera ser el agente específico, alrededor de los cuellos de los dientes y de las muelas, la encía está inflamada, hinchada, y escoriada donde principia la ulceración, para extenderse luego á las partes vecinas.

Las ulceraciones son unilaterales, atacan la línea media extendiéndose á todo el reborde alveolar, y comunmente con interrupciones en algunos puntos de la encía sana, haciéndose la propagación por autoinoculación. Los bordes interno y externo de las encías pronto quedan invadidos y las dos series de ulceraciones son muy dolorosas, de fondo gris y bordes desiguales y siempre limitadas por una línea blanca característica. El menor contacto las hace sangrar, la salivación es exageradamente abundante y el aliento completamente fétido.

En siete de los casos que he observado la estomatitis ha venido acompañada de fiebre y de los fenómenos generales que dejé al cuidado del médico.

Esta forma que llamaré *aguda* ha curado en 15 y 18 días, cuando más.

El tratamiento que me permito recomendar muy especialmente, porque es el empleado en los casos que consigno, es el siguiente:

Clorato de potasa *intus et extra* á la dosis de 2 gramos al día y por otra parte lavados y gargarismos de solución de cresol al 1 por 1000.

México, Enero de 1904.

MANUEL CARMONA, Cirujano Dentista.

SECCIÓN XXX.

BIBLIOGRAFIA

SECCIÓN NACIONAL

Bacteriología.—*Algo de técnica microscópica.* Breves apuntes para verificar la medición de los microorganismos y el poder aumentante de una combinación óptica, en microscopia, 1901. *Breves consideraciones sobre la inmunidad natural*, 1901. Exposición *sobre la biología de las bacterias en general* y *fundamentos de la clasificación de Cohn y de la clasificación racional* (Prueba para el Concurso de Profesor de la cátedra de Bacteriología de la E. N. de Medicina), 1902. *Breves consideraciones sobre la inmunidad específica*, 1903. *Un nuevo método de inmunización activa contra la Peste Bubónica* (suero Bedreska), 1903. por el DR. ENRIQUE DEL BOSQUE. México.

Hemos tenido el gusto de recibir esta serie de trabajos y monografías escritas por el laborioso Dr. E. del Bosque y presentadas en su mayor parte á la Sociedad Médica Pedro Escobedo en cuyo seno han sido leídas, con excepción del trabajo escrito para el Concurso de la clase de Bacteriología.

No hacemos en manera alguna la crítica de estos trabajos para cuya acertada estimación es preciso tener amplios conocimientos en la Bacteriología, rama importantísima de la Medicina moderna que ostenta en su seno las más preciadas conquistas, pero sí manifestaremos que la claridad y el método seguido por el autor en el desarrollo de cada uno de los temas elegidos, constituye un mérito indiscutible de todos estos escritos que revelan y caracterizan al médico laborioso, amante del estudio y que se siente impulsado al trabajo y á la lucha por noble aspiración.

Dignos de encomio y estímulo son los médicos de la nueva generación que ya pronto debe sustituirnos, cuando en honrada lid y campo abierto entran al combate. Felicitamos, pues, al joven Dr. E. del Bosque con cuya colaboración cuenta ya la «*Crónica*» esperando de su actividad y energías muy útiles trabajos en el porvenir.

Elementos de Anatomía y Fisiología humanas é Higiene por el *Dr. Teófilo Alvarez Tostado* de Guadalajara Jalisco. Lecciones profesadas en el Liceo de Varones en 1902.

Con verdadero agrado hemos recorrido esta obra, porque en honor de la verdad, no es frecuente el hallar obras de texto que tan cumplidamente llenen su cometido, siendo un escollo difícilmente superable para su formación el acertado deslinde de los conocimientos del ramo que deben abarcar, de los que apenas deben bosquejarse y de los que deben totalmente eliminarse, los detalles que sólo deben buscarse y encontrarse en las obras clásicas y profundas de la materia. Por esa razón sin duda constituye una verdadera dificultad para las Juntas encargadas de ello, la elección de las obras de texto, más aún que para los estudios profesionales, para la instrucción elemental, secundaria y preparatoria.

Por eso repetimos que con singular complacencia hemos leído la obra del Dr. Alvarez Tostado, que en unas 200 páginas ha logrado compendiar la Anatomía, la Fisiología y la Higiene, condensando con buen juicio y atinadamente los conocimientos esenciales de estas ciencias, sin extraviarse ni descender á particularidades cuyo estudio queda reservado á quienes cursan la carrera de la medicina.

La obrita por consiguiente responde á las necesidades de un texto en las Escuelas Superiores y puede con evidencia ser un libro de consulta para los Profesores de dichos ramos en nuestras Escuelas secundarias, y abrigamos la esperanza de que, reconocido su mérito, sea recomendado en esta Capital.

Para terminar estas líneas, felicitamos sinceramente al Sr. Dr. D. Teófilo Alvarez Tostado por la formación de una obra que demuestra sus conocimientos en el ramo, su empeño y laboriosidad.

Dr. E. L. A.

SECCION EXTRANJERA

Tratamiento del Cáncer por la Fisicoterapia.—Comunicación hecha á la Academia Nacional de Medicina por el Dr. J. A. Riviere, Diciembre 8 de 1903. —Conclusiones.

1º Nuestra práctica en la fisicoterapia que data desde nuestra comunicación al Congreso Internacional de Electrología y de Radiología médicas (Tratamiento fisicoterápico de los tumores malignos) para la curación de los neoplasmas, debe estimarse por la medicina moderna como un método muy útil para obtener la diminución de los tumores, la sedación del elemento doloroso, la desaparición de los enjurgitamientos ganglionares;

2º La fisicoterapia es el único método que puede emplearse contra ciertos neoplasmas inoperables ó destinados á una reproducción rápida; en las formas vegetantes, ulcerosas y terebrantes del epitelioma; en los sarcomas y carcinomas que se reproducen y rennevan á consecuencia de las intervenciones operatorias;

3º Nosotros empleamos de preferencia la radioterapia, los efluvios estáticos y los efluvios de alta frecuencia, sin abandonar los medios fisicoterápicos generales (baños estáticos, darsonvalización, etc.), así como el calomel y la quinina al interior á fin de impulsar las eliminaciones y la neutralización de los elementos neoplásicos, movilizados por el tratamiento local y tornando al torrente circulatorio;

4º Los efectos más prominentes de nuestro tratamiento fisicoterápico son: la desaparición de los edemas, enjurgitamientos é induraciones, la cesación de los dolores pungitivos y otros, la cicatrización rápida y completa de la *ulcus rodens*, la reducción y lenta regresión de las salidas vegetantes; y en fin la desaparición completa de la caquexia y el enflaquecimiento y el retorno de la integridad en el estado general;

5º Aunque los éxitos sean muy frecuentes para la curación de las recaídas operatorias, es preferible tratar de este modo los neoplasmas en sus principios. La radioterapia deberá siempre abarcar más allá de la lesión, puesto que la histología nos prueba que el neoplasma se extiende más allá de los límites aparentes de dicha lesión;

6º A despecho de las mejorías notorias y rápidas (sedación de los dolores, regresión de los focos, suspensión de las proliferaciones adenopáticas), es preciso tener una perseverancia indispensable en el tratamiento por los agentes físicos, sobre todo para continuar los métodos generales destinados á la curación diatésica;

7º Creemos poder afirmar desde esta tribuna que el tratamiento de las nosorganías malignas ha entrado en una nueva fase, gracias á las aplicaciones de los métodos fisicoterápicos modernos. La facilidad, la simplicidad, la indolencia y la prontitud de nuestros tratamientos, la regularidad estética de los resultados obtenidos y el íntegro retorno de las funciones comprometidas; todo, en fin, da á la fisicoterapia un valor curativo indiscutible, tanto bajo el punto de vista del número de las curaciones como de la solidez de las mejorías, en casos (primitivos ó de recaída) que parecían muy fuera ya de los recursos del arte.

Impresiones.—Tras largas horas de abstracción completa sobre las hojas de un libro abro los ojos á la realidad, y anonadado por tantas emociones experimentadas quiero darme cuenta de cuanto acabo de ver y leer, pero las ideas se me escapan y la imaginación vaga asombrada ante tanta maravilla sin fin. Mas creo un deber llevar á mis lectores sobre sus páginas y darles ligera idea de las gratas impresiones sufridas. Yo he sentido con este libro la alegría y el dolor, experimentando las sensaciones de los acontecimientos notables, catástrofes y crímenes ocurridos en el transcurso de un año, puesto que cada narración, detalle ó noticia es ilustrada con una figura que da perfecta idea de todo ello. Y me he inclinado respetuosamente ante las figuras de las celebridades muertas en el año. Después he visto el Universo desde su creación, pasando á través de las selvas gigantes, viendo la aparición de los monstruos y grandes reptiles. He sentido la sensación grata del historiador profundo, escudriñando la adoración á través de los tiempos y visitando los templos de todas las religiones conocidas. He conseguido observar en sus conventos á las princesas abadesas. He podido ver á los soberanos y jefes de Estado principales del mundo en su despacho de trabajo, enterarme y conocer la remunera-

ción que por minuto cada uno percibe y compararlos. He conocido á los príncipes desposeídos, pretendientes y reyes destronados que existen. Me he internado en el Africa y he visitado los países salvajes, pasando á dar la vuelta al mundo, deteniéndome á observar la organización de los ejércitos. Fatigado de tanto correr y ver, he sentido el placer de la literatura. También he observado cuánto la mujer puede aprender en este libro sobre el vestido, higiene, lactancia y alimentación de los niños. Historia del peinado desde la antigüedad, labores y modas. Interminable sería si fuese á describir cuanto he aprendido sobre agricultura, ciencia, sport, etc., en este libro, del que tantas impresiones agradables he sacado. En una palabra, este libro me sugiere una pregunta: ¿Habrá alguien que deje de leerlo, cuando solamente cuesta seis reales?

Pero observo que la pluma vuela y todavía no he dado su nombre, modesto en verdad, puesto que se titula «Almanaque Bailly-Bailliere para 1904», y si mucho bueno encierra de almanaque con sus santorales, previsiones del tiempo, agenda, etc., son tan numerosos los conocimientos enciclopédicos que, ilustrados con más de mil figuras, contiene en sus 600 páginas, que más bien le encaja el de Gran Enciclopedia de la Vida Práctica y no *pequeña* como le titulan sus editores.

Unamos á todo esto la probabilidad de verse el comprador favorecido con alguno de los muchísimos regalos que reparte, tales como botellas de Jerez, instrumentos de música, relojes, lavadoras mecánicas, libros, labores, suscripciones á periódicos ilustrados, etc., etc., y díganme mis lectores si no merece comprarse un libro que reserva tan gratas impresiones.

NECROLOGIA

EL SR. DR. D. AGUSTIN REYES.

Una nueva personalidad, que por sus méritos intelectuales y de honorabilidad ocupó siempre un lugar distinguido en el Cuerpo Médico Mexicano, acaba de pagar el ineludible tributo á la Naturaleza, causando su pérdida muy dolorosa impresión en la Sociedad mexicana, que supo estimar debidamente la valía del finado, concediéndole un prominente lugar en su seno.

El Sr. Dr. Reyes, tras una vida de constante labor dividida entre sus quehaceres profesionales y sus deberes oficiales, se ha extinguido dulcemente enmedio de su estimable familia, rodeado justamente del amor de los suyos, de la consideración social y del respeto de la actual generación médica, que avalora y estima la suma de esfuerzos hecha por el finado en pro de la Ciencia, á que consagró su vida y de la que fué devotísimo sacerdote.

Sin la pretensión de hacer una noticia biográfica del eterno ausente, publicamos en seguida los datos que hemos podido recoger, y que serán sin duda completados por personas más conocedoras de la vida profesional del Sr. Dr. Reyes, apresurándonos á manifestar que la *Crónica Médica Mexicana* se asocia al justo duelo que esta pérdida ha ocasionado, y deposita sobre la tumba que guarda los restos del distinguido facultativo, el homenaje de su profunda consideración y respeto.

* * *

El Sr. Dr. D. Agustín Reyes nació en Puebla el 12 de Octubre de 1830; fueron sus padres D. Francisco de Paula Reyes y Mora y Dª Manuela Pérez Marín. Sus primeros estudios los hizo en su ciudad natal y pasó en seguida á México en donde ingresó á la Escuela de Medicina y después de haber cursado con gran aprovechamiento las materias de su profesión, un jurado compuesto de los Sres. Dres. D. Ignacio Erazo, D. José Espejo, D. Manuel Robredo, D. Ignacio Torres y D. Antonio Peñúñuri, lo examinó los días 28 y 29 de Diciembre de 1854, aprobándolo por unanimidad como Médico Cirujano y Partero.

El Consejo General de Instrucción Pública que estaba compuesto por los Sres. D. Teodosio Lares, como presidente, D. José Urbano Fonseca, como inspector y D. Miguel Velázquez de León como secretario, le expidió el Diploma respectivo para que pudiera ejercer tan noble profesión. En Mayo de 1858 ingresó al Cuerpo Médico Militar; el 4 de Julio de 1860, fué nombrado socio residente de la Compañía Lancasteriana; el 5 de Septiembre de 1861 se le envió como Jefe de la Sección Sanitaria de la División de Zacatecas, siendo después Médico Cirujano del Batallón de Inválidos. El 19 de Noviembre de 1863, obtuvo el nombramiento de Médico de 1ª clase, destinado á la división que mandaba el Gral. Miramón. Ingresó como socio titular á la Academia Nacional de Medicina el 30 de Abril de 1864. Fué presidente de la Sección de Higiene y Estadística Médica y Archivero en los años de 1882 á 1884, siendo, por último, nombrado el 31 de Julio de 1901 *Socio Honorario* de dicha corporación.

En Diciembre 3 de 1865 recibió del Emperador Maximiliano la medalla de oro del Mérito Civil.

En 23 de Diciembre de 1876 fué designado por el Gobernador del Distrito Federal, Médico Director del Hospital Juárez; en el año de 1877, fué nombrado Vocal del Consejo Superior de Salubridad, cargo que desempeñó hasta su muerte, con toda dedicación, pues sentía un verdadero afecto por dicha Corporación en donde tuvo á su cargo, entre otras comisiones, la de las inoculaciones preventivas de la rabia, habiendo hecho la primera inoculación el 25 de Abril de 1888 al niño Isidro Delgadillo, de Texcoco; y desde esa fecha hasta 1901 el Dr. Reyes fué el único que aplicó dichas inyecciones en la Capital.

Fué Regidor del Ayuntamiento de México, el año de 1879. Fué Presidente de la 6ª Comisión del 1er Congreso Higiénico Pedagógico, reunido en esta Capital el 27 de Enero de 1883. Fué socio de la Sociedad Larrey, de la Filoiátrica, de la Pedro Escobedo y miembro del Instituto Dosimétrico de París.

Esta última distinción le fué justamente concedida, porque desde el nacimiento de la Alcaloidoterapia el Sr. Dr. Reyes, con clara percepción, comprendió desde luego la importancia y el alcance de la nueva reforma á la antigua farmacia galénica, y con el Dr. Fénélon, otra de nuestras notabilidades médicas desaparecidas, fué uno de los primeros propagandistas del nuevo método, que significa, sin duda alguna, un evidente progreso en la Terapéutica moderna.

El 18 del próximo pasado Diciembre á las 2.40 de la mañana, el Sr. Dr. D. Agustín Reyes expiraba en su casa habitación, rodeado de todos los cuidados que prodiga el acendrado amor de la familia, y produciendo su fallecimiento en los círculos ilustrados de la Sociedad Metropolitana la dolorosa impresión que produce la desaparición de un miembro predilecto.

Dr. E. L. Abogado.

EL SR. D. JOSÉ R. MENDOZA.

El día 13 del próximo pasado mes dejó de existir agotado por una larga é indomable enfermedad el Sr. Mendoza, padre de nuestro apreciable amigo y compañero el Sr. Dr. D. José G. Mendoza, de Teotitlán del Camino, Oaxaca. Reciban los deudos del respetable finado la sincéra expresión de nuestra condolencia por tan dolorosa pérdida.

NOTAS

AÑO PROSPERO Y FELIZ.

Gratísimo deber es para nosotros el desear sinceramente á nuestros apreciables lectores la mayor suma posible de bienes en el presente año, que compensen las penalidades y sinsabores que á todos trae consigo el ejercicio de la profesión.

A aquellos de nuestros amigos que por involuntaria omisión no hayan recibido nuestro particular saludo, rogamos acepten estas líneas como éxpresión de nuestro cordial deseo.

MATRIMONIO.

Nuestro estimado amigo el joven Dr. D. Adolfo Aguirre, radicado en Huimanguillo, nos participa su enlace con la Srita. Tirsa Araceli M. de Escobar. Completa dicha en el nuevo hogar, como justa compensación de las penas inherentes al ejercicio profesional, deseamos al estimable compañero.

THE BLUE BOOK ON ADVERTISING.—J. WALTER THOMPSON Co., NEW YORK-CHICAGO-BOSTON.

Hemos recibido este hermoso libro de la acreditada Agencia de anuncios J. Walter Thompson Co., de Nueva York, en que se encuentran datos interesantísimos sobre la mayor parte de los periódicos y publicaciones de los Estados Unidos, su circulación y los precios de los anuncios que en ellos se desea insertar, así como algunos modelos de los dichos anuncios formados y contratados por esta Compañía, que, en obsequio de la verdad, son un acabado ejemplo de elegancia y buen gusto artístico.

Tenemos el gusto de manifestar á nuestros lectores y á los Establecimientos del ramo de Droguería que reciben la *Crónica* y deseen anunciar algunos productos en aquel país, que nuestras relaciones con esta acreditada Agencia Anunciadora, nos permitirán arreglar las condiciones más favorables.

JERINGAS DE LUER.

Un estimable compañero nuestro, con motivo de la invasión de nuestro territorio por la Peste Bubónica, trajo de París un corto número de estas jeringas para inyecciones hipodérmicas de la capacidad de 5, 10 y 20 centímetros cúbicos, cristal y estuche aséptico nikelado.

De construcción inmejorable, pues son las legítimas del fabricante citado y no una imitación como con algunos modelos, y con agujas de platino iridiado, hay algunas de venta, *á precios de costo*, en la Administración de la *Crónica Médica Mexicana.*

TERMÓMETRO «MODELO CLINICO»

Tenemos el gusto de participar á nuestros lectores que han llegado ya á nuestro mercado y se encuentran de venta en las principales Droguerías y Boticas de la Capital estos acreditados termómetros que además de la ventaja que ofrecen de su fácil y completamente esterilizables, tienen la de una escala clarísima que no presenta para su lectura la dificultad de los termómetros prismáticos que requieren práctica y hábito.

Estos termómetros de exactitud y precisión verificada, tienen el precio de $1.50, precio único y fijo y creemos encontrarán una buena aceptación entre los médicos y las familias.

Los depósitos principales para la venta por mayor de este nuevo instrumento de la conocida casa de Richard Kny de New York, son: la acreditada Droguería de J. Uihlein, Coliseo 3; la Botica de Bustillos, Tacuba 8, y la Botica del Hospital de Jesús, á cuyo frente se encuentra nuestro estimado amigo el Sr. Prof. D. Juan B. Calderón.

A dichos Establecimientos deberán dirigirse los pedidos por mayor de los Droguistas y Comerciantes del Ramo.

CIRCULACION DE LA "CRONICA"—ULTIMO REPARTO.

Obran en nuestro poder los recibos siguientes de la Administración de Correos: Sucursal B.—Diciembre 4, por 49 kilos; Diciembre 6, por 36 kilos; Diciembre 13, por 7 kilos, y Diciembre 19, por 7 kilos. *Suma total*, 99 kilos, que expresan el reparto anterior del núm. 12 de nuestra publicación, correspondiente al 1º de Diciembre del año que acaba de finalizar.

Si á esto se agrega el reparto del Exterior, que, como es sabido, no se entrega ni recibe por peso, sino franqueado cada ejemplar y que comprende el servicio de canje y los subscriptores extranjeros, se verá que supera bastante al de 100 kilos el peso de los ejemplares que de cada edición circulan de la CRÓNICA.

RETARDO INVOLUNTARIO.

Contra la costumbre desde hace años establecida, de distribuirse nuestra publicación con toda oportunidad en el día de su fecha, el presente número de la *Crónica* ha sufrido un retraso motivado por el exceso de quehaceres y trabajos habidos al final del año en la Imprenta de *La Europea*. Tenemos la seguridad de que por lo excepcional del caso, nuestros lectores perdonarán una falta que no ha dependido de nuestra voluntad y que somos los primeros en lamentar.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, FEBRERO 1° DE 1904. NÚM. 2.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION IV.

LAS HERNIAS DE LA LINEA BLANCA.

SU FRECUENCIA EN NUESTROS SOLDADOS.

I

Entre las hernias abdominales raras colocan los autores de patología externa, las llamadas *hernias de la línea blanca* ó *hernias epigástricas.* Ahora bien, hace algún tiempo me había llamado la atención que entre los soldados del 19º Batallón (en el que anteriormente prestaba mis servicios) se observaran con cierta frecuencia. Al ingresar al servicio del Hospital Militar de Jalapa, aumentó mi interés, pues nuevamente observaba con frecuencia dichas hernias en nuestros soldados, por lo que un día me propuse buscarlas sistemáticamente en todos los enfermos que se curan en el expresado Establecimiento, y en 325 individuos encontré 16 con hernia de la línea blanca ó sea un 4.929 por 100.

II

Se ha calculado en un 95 por 100, la cantidad de hernias inguinales, crurales y ombilicales en relación con el total de hernias abdominales y el 5 por 100 restante es representado por las hernias abdominales raras que son las siguientes: hernias de la línea blanca ó epigástricas, hernias de la región de los músculos rectos, hernias laterales y hernias lombares, de tal suerte que en ese 5 por 100, solamente corresponde una parte á las hernias epigástricas y que arbitrariamente podríamos calcular en un 2 por 100. En los 325 individuos examinados cuidadosamente por mí, bajo el punto de vista de las hernias, en-

contré: 2 hernias inguinales, 1 umbilical, 16 de la línea blanca y ninguna crural, lateral, de los músculos rectos ó lombar.

Las hernias del abdomen son causa de inutilidad para el servicio de las armas; mas, por otra parte, las hernias de la línea blanca son susceptibles de pasar desapercibidas en un reconocimiento de reemplazos y habría por lo tanto una causa de error, al juzgar sobre la frecuencia de esta ú otra variedad de hernia, si se tuviese en cuenta únicamente lo que se observa en nuestros soldados. Por esto me he dedicado á investigar si fueron adquiridas antes de servir en el Ejército ó durante el servicio de las armas, y de mis investigaciones resulta lo siguiente: las dos hernias inguinales y la hernia umbilical fueron adquiridas en el servicio, de esto creo tener la seguridad, pues por una parte son siempre causa de inutilidad para el reemplazo y por otra es una de dichas causas que en general, buscamos los médicos militares con más cuidado, pues no solamente nos conformamos con buscar la osqueocele (que salta á la vista) ó la bubonocele; sino que buscamos también la punta de hernia. De las hernias epigástricas, dos fueron adquiridas antes de servir en las filas, tres difícilmente se podría afirmar si antes ó en servicio activo y once casi con seguridad es de afirmarse que fueron adquiridas en el servicio militar. Son pues 14 hernias en 325 individuos, adquiridas durante su época de soldados y de ellas: una umbilical, dos inguinales y once de la línea blanca. Estas cifras nos autorizan á afirmar que por lo menos en nuestros soldados las hernias de la línea blanca son más frecuentes y no sólo más; sino mucho más frecuentes que otra variedad de hernias abdominales.

Se dice que la hernia de la línea blanca está situada más á menudo á la izquierda de la línea media. En nuestras observaciones tenía la siguiente situación: *siete* precisamente sobre la línea media, *cinco* á la izquierda y *cuatro* á la derecha, de suerte que en mis observaciones la mayor frecuencia era sobre la línea media, en segundo lugar estaba la situación izquierda y en último la derecha. En un caso la hernia estaba inmediatamente arriba del ombligo, en otro á tres centímetros y en los demás, cuando menos á cuatro centímetros arriba.

Las causas que se han invocado principalmente para la formación de las hernias de la línea blanca son estas: los traumatismos anteriores sobre el lugar en donde la hernia aparece, las desgarraduras congénitas y los lugares débiles congénitos de la línea blanca. En dos casos de nuestros individuos, puede relacionarse la hernia epigástrica, á un traumatismo: uno de ellos la sintió pocos días después de haber recibido una patada de mula en el mismo lugar en donde la hernia existe, otro la tiene detrás de la cicatriz de una herida por instrumento punzo-cortante; los demás relacionan su hernia á un esfuerzo y todos ellos dicen haberlas adquirido en los trabajos del Ferrocarril de Santa Cruz de Bravo á Bahía de la Ascensión (Quintana Roo).

Como todos los individuos observados por mí son palúdicos crónicos, estaría uno tentado de considerar el paludismo como una causa predisponente, por la debilidad orgánica que ocasiona, relacionando esta causa á un hecho que con frecuencia observamos y es la facilidad que hay para que un hueso se fracture, por un traumatismo que en circunstancias normales, no produce semejante lesión. No creemos, sin embargo, que el paludismo sea una causa que deba clasificarse entre las principales, pues observé con frecuencia hernias de la línea blanca en soldados del 19º Batallón que reside en el Río Yaqui y quienes suelen tener únicamente intermitentes tercianas que curan con

una ó dos tomas de quinina, y cuya salud en general podría llamarse floreciente.

Hay algo que me parece con gran influencia etiológica, tal es una prenda de indumentaria que usan mucho nuestros soldados, ó por lo menos los que están en campaña: con lona hacen un cinturón que llevan constantemente muy oprimido y á veces excesivamente sobre el segmento inferior del abdomen; lo usan, dicen ellos, «para no relajarse.» Lo conseguirán para las hernias inferiores; pero en mi concepto, se ponen en las mejores condiciones para adquirir las superiores, pues el cinturón empuja las vísceras hacia arriba y si la pared del abdomen tiene abajo buen sostén, arriba no cuenta con ninguno; pero en cambio sufre en ese lugar mayor presión intra-abdominal. Agréguese á esto que fiado en su cinturón, el soldado hace grandes esfuerzos y se comprenderá que no es despreciable la causa etiológica que señalo. Diré de paso, que algunos individuos, tal vez por la presión del cinturón lo llevan dibujado alrededor del abdomen por una ancha faja de pigmentación.

III

Las hernias de la línea blanca son de dimensiones variables; pero el máximum no es nunca considerable. Las hay apreciables solamente á la palpación; pero existen algunas que se inspeccionan desde alguna distancia: entre estos dos extremos hay todos los intermedios. Las hernias pequeñas son alargadas verticalmente y dan la impresión de un fragmento epiploico pellizcado entre los labios de una fisura de la pared abdominal; otras veces se aprecian perfectamente bajo la piel con una forma que daría por proyección un círculo, una elipse ó un óvalo. Hemos visto algunas representando casi exactamente un hemisferio y cuando tienen la forma elipsoidal ú ovoide el gran eje es vertical.

El saco es delgado y está cubierto de grasa, algunas veces tan abundante que parece una hernia precursora; dentro del saco puede encontrarse el epiplón, el intestino y raras veces el estómago. El cuello del saco ó bien tiene una dirección oblicua hacia adelante y hacia abajo ó bien se dirige directamente hacia adelante.

Los síntomas de la hernia epigástrica son los siguientes:

1º *Perturbaciones gástricas:* Casi todos los individuos que he observado acusan dolor en el estómago, sensación de plenitud después de ingerir pequeñas cantidades de alimento: uno de mis enfermos cuando comía en abundancia sufría crisis gastrálgicas terribles que se disipaban como por encanto después de vomitar.

2º *Ansiedad epigástrica,* que es mencionada por casi todos y se despierta generalmente en las marchas, de tal manera que hablan con cierto terror de ellas, pues cuentan que después de caminar cuando mucho una legua sienten gran fatiga, ansiedad y dolores, cuyo punto de partida señalan en el epigastrio.

Los dolores que causa la hernia de la línea blanca no están en relación con su tamaño. Esto he tenido oportunidad de observarlo y para no hablar más que de los extremos, diré lo siguiente: Mi enfermo padecía crisis dolorosas en el epigastrio tal vez muy intensas, pues por lo menos el primer día que lo observé estaba pálido, anhelante, sudando, quejándose ruidosamente y con los miembros inferiores en flexión sobre el abdomen, señalaba un punto fijo en donde siempre sentía el máximum del dolor y al examinarlo encon-

tré una pequeña hernia de la línea blanca, sólo apreciable á la palpación; pero á la que debían relacionarse seguramente las crisis dolorosas. En cambio vi otra hernia grande, globulosa, de unos tres centímetros de diámetro á la que el portador, daba poca importancia por no producirle gran molestia.

Los síntomás desaparecen por la reducción, pero en verdad, no es tan fácil esta maniobra, pues solamente en dos de los 16 individuos de mi observación, me fué posible reducirla, uno de ellos es el que llevaba una pequeña hernia muy dolorosa, á quien logré calmar sus dolores (y muy pronto aprendió la maniobra él mismo) reduciendo la hernia, poniendo encima de ella una bolita de algodón sujeta con un vendaje compresivo.

IV

Lo único que debe tenerse presente bajo el punto de vista del diagnóstico, son los tumores de grasa extraperitoneales, que se distinguen de las hernias de la línea blanca porque evolucionan sin dolor, sin angustia de esfuerzo y sin perturbaciones digestivas.

El pronóstico de las hernias de la línea blanca nos parece menos malo que el que pudiesen tener las grandes hernias del abdomen, pues fuera de las perturbaciones gástricas y de la angustia que ocasionan después de un esfuerzo prolongado, no tienen accidentes más graves, aun cuando es posible su estrangulación.

La profilaxia de las hernias epigástricas, consiste en la aplicación adecuada de un cinturón ancho, cuya colocación y presión no fuese como acostumbran nuestros soldados cuando están destinados á trabajos que requieren grandes esfuerzos, pues en primer lugar lo usan abajo del ombligo y en segundo, lo sujetan con una presión exagerada. Creemos que el cinturón, sin gran presión y pasando su eje longitudinal por el ombligo, de manera que proteja arriba y abajo de él, sería el desiderátum.

Ahora bien ¿hasta qué punto es conveniente el tratamiento radical de las hernias epigástricas? Si recorremos la etiología veremos que entre sus causas están las antiguas heridas de la pared abdominal, que debilitándola, la predisponen á la hernia de los órganos abdominales; mas, por otra parte, existen hernias de la línea blanca que provocan crisis dolorosas intensas, que hacen imposible todo esfuerzo y por añadidura son irreductibles; ¿qué hacer en este dilema? Pues á nuestro juicio, debe imponerse el «noli me tangere» á las que no causan gran molestia y á las que provocando dolores, son susceptibles de reducción y esta maniobra baste para calmar toda molestia. Lo único que debe hacerse en tales casos es llevar un vendaje que sostenga sobre la hernia una pelota reductora.

El tratamiento radical debe pues reservarse para las hernias que al mismo tiempo que causen dolores, sean irreductibles y el procedimiento más sencillo para la curación radical consiste en los siguientes tiempos:

1º Incisión de la piel hasta descubrir la hernia.

2º Excisión del tumor grasoso que precede á la hernia propiamente dicha ó que en ciertos casos constituye casi todo el tumor herniario.

3º Reducción de la porción serosa de la hernia, después de librarla de todas sus adherencias.

4º Avivar los bordes del anillo y suturar en varios planos.

Jalapa, Enero de 1904. DR. FERNANDO OCARANZA.

SECCION V.

NOTAS SOBRE PALUDISMO

Los gérmenes que engendran la fiebre palúdica ofrecen en su actividad curiosos fenómenos que importa mucho sean conocidos por el médico que ejerce su profesión en zonas infestadas por aquellos. No sólo los lugares pantanosos de las regiones calientes y húmedas dan elementos apropiados para la pululación y desarrollo de los gérmenes maláricos, no sólo los lugares en que una vegetación exuberante contiene grandes cantidades de agua y mantiene húmedo el suelo en las zonas intertropicales pueden producir el germen palúdico; hay lugares en los cuales la temperatura elevada calcinando un suelo poco provisto de vegetación y seco en grado más ó menos elevado, encierran sin embargo, gérmenes cuya vida y actividad están en inmediata relación con las variaciones de humedad del aire. Los gérmenes maláricos tienen en estos lugares una vida latente mientras el aire no contiene una cierta cantidad de vapor de agua. No podría decirse cuál es el lugar de producción de ellos; ni asegurarse si flotan en el aire ó están adheridos al suelo, en tanto que no son activos; pero que haya una nublazón en esos lugares; que haya ese calor húmedo conocido en las tierras calientes con el nombre de *bochorno*, é inmediatamente esos gérmenes dan las pruebas de que se vuelven activos. Para cada zona caliente seca es variable la cantidad de humedad atmosférica necesaria para volver activos esos gérmenes, y en una misma zona esa cantidad de humedad atmosférica produce en los gérmenes una actividad mayor ó menor en relación con las cualidades etnológicas de los diferentes puntos de esa zona. En los puntos donde el aire no circula libremente, tales como los recodos de las montañas, los barrancos profundos en donde las capas de aire inferiores apenas son movidas por el viento que corre en la superficie; en los puntos defendidos del viento dominante por una colina ó por árboles corpulentos, allí adquieren los gérmenes mayor actividad; se puede asegurar sin temor de engañarse, que todo individuo que atraviese esos puntos ó viva en ellos está en inminente peligro de ser víctima de la malaria. La actividad de los gérmenes que viven en estos lugares puede depender de dos causas: ó bien del número de gérmenes ó bien del poder tóxico de ellos y con frecuencia estas dos causas se reunen para obrar como una sola.

Los gérmenes son numerosos y dotados de una toxicidad extraordinaria. Según lo que he podido observar, el germen palúdico no necesita de permanecer mucho tiempo en la sangre de un individuo para manifestar sus efectos; ó en otros términos: *el paludismo no tiene periodo de incubación*, ó si lo tiene es solamente de algunas horas, cualquiera que sea el modo de penetración del germen al organismo. Ese periodo de incubación, si lo hay, se reduce al mínimo cuando el germen penetra por las vías digestivas, pues es muy frecuente observar que después de dos ó tres horas de haber ingerido un individuo agua contaminada ó frutas en cuya superficie estaba el germen, las manifestaciones palúdicas comienzan. Estas manifestaciones de la presencia del germen en la sangre no son por cierto los accesos de fiebre intermitente como podría creerse, no, los accesos de fiebre están bajo la dependencia de otro ú

otros factores engendrados por el germen, este ó estos factores son las toxinas palúdicas producidas por los gérmenes. Entre el momento de la penetración á la sangre del germen palúdico y el momento en que este germen produce toxinas, transcurre un tiempo que puede llegar á 24 horas, y durante ese tiempo no hay manifestaciones febriles; pero sí hay otra clase de manifestaciones.

Las más frecuentes son las siguientes: dolores gástricos é intestinales, sensaciones dolorosas en la región hepática, nauseas y algunas veces vómitos que no se explican por ningún motivo y que con frecuencia llevan y arrastran al exterior el agua ó la fruta contaminada y se alarga más el período de aparición de los accesos febriles; dolores articulares y raquidianos muy semejantes á los que preceden al acceso de fiebre intermitente, carácter tímido, irritable y algunas veces hasta iracundo, poca disposición para trabajar y flaxidez muscular algunas veces dolorosa en sumo grado; muchos individuos se creen ya bajo la influencia del acceso febril durante este tiempo y consultando el termómetro ven que no hay elevación de temperatura; llaman al médico y éste también *ve* que no hay calentura, y que sin embargo el individuo está enfermo; cuántas veces me pregunté yo en los primeros días después de haber llegado á una zona caliente seca, qué podría ser ese cuadro sintomático? y qué podría usarse para combatirlo? Médicos he visto, que de paso por esos lugares y siendo llamados á asistir á esa clase de enfermos han usado vomitivos, purgantes, antiespasmódicos, calmantes, tónicos, etc., etc., y no han llegado á dominar ese cuadro sintomático que unas veces completo, otras veces incompleto y sólo formado por dos ó tres síntomas entre los cuales domina uno, los dolores musculares, articulares y raquidianos son los más frecuentes, ó bien los vómitos, toda la atención es llamada hacia ese síntoma y de allí se deduce el tratamiento que forzosamente tiene que ser inútil y algunas veces aun perjudicial.

Es tan original ese cuadro que cuando comencé á fijar mi atención sobre él creía ver el principio de una grippe ó influenza; pero todas las circunstancias concomitantes hablaban contra esa creencia: el invierno, que casi no existe en esos lugares habia pasado ya, la temperatura común de esos lugares era la marcada por el termómetro, 30° ó 31 centigrados, los vientos del norte secos y fríos habian cesado de soplar, las noches eran mejor calientes que frías ó tibias, no había en muchas leguas en contorno ni un individuo atacado de influenza y sin embargo, de un día á otro aparecían enfermos dos ó tres individuos de una familia, uno ó dos de otra, otro en otra parte, de manera que en un lugar ó rancho formado por 300 habitantes, la mayor parte de ellos tenían *dolor de huesos* ó *dolor de cuerdas* como vulgarmente llaman por aquí á ese cuadro, ó bien tenían *congestión*, como llaman familiarmente á los vómitos ó una *indigestión*.

Influenza en el mes de Junio ó Mayo? me preguntaba yo. ¡No es posible! En las haciendas de caña de azúcar es frecuentísimo ese cuadro, y observando á los habitantes de esas fincas es como pude orientarme en la apreciación de la causa de ese conjunto sintomático: allí los individuos viven como envueltos en efluvios maláricos y por tanto el cuadro es muy frecuente, y en virtud de su frecuencia ha acabado por volverse familiar entre ellos, al grado de no preocuparse por él sino en el caso de que revista una extrema violencia. Pasan su *mal de cuerdas* como pueden y tratan de curárselo con todo lo que á mano tienen. Las fricciones de alcohol caliente en todo el cuerpo, las un-

ciones de aceite caliente en todo el *idem*, el aceite de olivo con mezcal (!) tomado al interior y qué sé yo cuantas más *pócimas* elaboradas según la inteligencia de ciertas comadres, son *remedios* muy en *voga* contra ese cuadro sintomático en los ingenios de caña.

Y cuál es la marcha de esos síntomas? En qué vienen á terminar? Pues es bien sencillo saberlo: basta esperar unas pocas horas para ver que en la mayor parte de los atacados acaba todo por desaparecer y en un corto número de ellos antes de 24 horas estalla un acceso de fiebre intermitente.

¿No es lógico suponer que ese cuadro es producido por la presencia en la sangre del germen de la malaria? En aquellos individuos que tienen elementos suficientes en su sangre para destruir los gérmenes palúdicos, todo entra en el orden después de la destrucción de dichos gérmenes; pero en aquellos en que falta esa destrucción, los gérmenes producen toxinas y el acceso febril sigue al cuadro sintomático que he descrito y lo sigue en un lapso de tiempo que casi nunca excede á 24 horas.

Pero si la lógica nos lleva á hacer una suposición justa, la terapéutica confirma plenamente esa manera de juzgar. Desde que me he penetrado de la justicia que hay en considerar ese conjunto de síntomas como consecuencia de la penetración en la sangre del germen palúdico, el uso de las sales de quinina tenía que producir buenos efectos. Y así sucede.

Empleando dosis de 0.40 á 0.50 centigramos de sulfato de quinina al comenzar á desarrollarse el cuadro sintomático, sean cuales fueren los síntomas dominantes, no he visto sobrevenir después el acceso de fiebre intermitente en ningún enfermo. Pensar que todos habían sido libres del acceso febril por destrucción fagocítica de los gérmenes maláricos, sería un error. Además, nada se pierde con tratar del mismo modo á esa clase de enfermos en los cuales, con los conocimientos que poseemos sobre la potencia fagocítica de cada individuo, no podríamos saber de antemano si destruirían ó no los gérmenes palúdicos que han penetrado en su sangre.

He observado que las sales de quinina *no hacen desaparecer instantáneamente* el cuadro sintomático, ni siquiera abrevian su duración; que ciertamente es muy difícil saber cuánto dura ó puede durar, pero que nunca excede de 24 horas; pero también he hecho la observación de que es una hora ó dos después de haber ingerido la sal de quinina cuando se produce una ligera sudación que trae una sedación, una moderación gradual de todos los síntomas y su desaparición total después de un tiempo variable.

Teotitlán, Oax., Septiembre de 1903.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

SECCION XI.

NUEVO TRATAMIENTO PALIATIVO

DEL

CANCER UTERINO DESECHADO POR INOPERABLE

POR RICARDO SUÁREZ GAMBOA,

Cirujano del «Hospital Morelos,» Miembro de la Academia Nacional de Medicina, de México; de la Sociedad de Medicina y Cirugía, de Río Janeiro, etc., etc.

(CONCLUYE.)

¿Tenemos recursos para prolongar la vida en estos casos?

Analicémoslos uno á uno:

La hemorragia.—Sólo un verdadero recurso hay para contener los escurrimientos sanguíneos: obrar directamente sobre los vasos abiertos. Esto es lo que se llama ***hemostasis.***

Es excepcional que en el cáncer uterino sangre una arteria gruesa, tal como la uterina: esto sería preferible, pues la ligadura del vaso—mediata—dominaría pronto y bien la pérdida de la sangre.

Por lo regular la sangre viene de los capilares perforados y alterados por el tumor. La hemorragia es en capa, no en chorro.

Los astringentes químicos está probado que son inconstantes, peligrosos y difíciles de aplicación, en multitud de casos. Los recursos quirúrgicos son mejores: la raspa y la cauterización del neoplasma y del endometrio.

No hay que olvidar que estas metrorragias no siempre vienen del tumor: puede haber endometritis hemorrágica concomitante.

Las raspas y las cauterizaciones, para que sean realmente eficaces, tienen que ser frecuentes é intensas. Quince días, á lo sumo, después de una raspa de cáncer uterino, se ven volver las hemorragias: no me refiero al efecto mecánico del raspado sobre la marcha del tumor, porque todos conocemos sus desastres.

El taponamiento es recurso inmediato, bueno; sin embargo, ví morir una enferma de cáncer uterino, por hemorragias, estando taponada durante un mes por ginecólogos hábiles. Era una anciana; y cada vez que se le retiraba el tapón para cambiarlo, escurría la sangre con extraordinaria violencia.

Además, el tapón tiene sus desventajas á la larga; tales como retenciones, dolores intolerables, desgarraduras posibles, etc., etc.

Si el tapón es débil recurso; si la raspa y la cauterización no son medios aceptables en todos sus efectos, ¿no hay otro medio de hemostasis en el *cáncer uterino?*

Sí lo hay; la ligadura de las arterias que dan la sangre á esos capilares sangrantes. Cuando no se puede hacer la hemostasis directa, se hace la indirecta: cuando los capilares escapan á nuestros recursos, atacamos los troncos gruesos.

Ligando las arterias principales del útero, dejamos sus capilares sin sangre, y pueden abrirse sin peligro.

Las metrorragias uterinas cancerosas son susceptibles de suspensión, ligando las arterias principales del útero.

Estudiemos ahora la *infección.*

Es indudable que todos los agentes infecciosos los toma la economía del útero y de su tumor.

Conocemos bien las reglas generales de tratamiento de las infecciones. Es decir, hay que cerrar la puerta de entrada á las bacterias y á sus productos; hay que facilitar la salida de los existentes ya en la sangre; y por último, hay que procurar destruir los gérmenes infectantes que existen en la economía.

Los dos últimos preceptos son, en nuestro caso, susceptibles de ligero estudio: el organismo, con sus riñones permeables, sus vísceras fagocíticas íntegras y su nutrición tónica, no necesita, en este caso, de auxilios. Aquí el punto capital, esencialísimo, es el primero: cerrar las puertas de entrada á la infección.

Esta puerta es el sistema linfático y venoso del útero y del tumor. ¿Se puede cerrar? Evidentemente no.

Pero si no se pueden cerrar las bocas de absorción, se puede, en cambio, alejar de estas bocas las causas de infección, susceptibles de ser absorbidas: lo que viene á ser lo mismo para el resultado final.

Limpiar bien de productos sépticos el endometrio y el tumor; facilitar la salida al exterior de todos los líquidos producidos ahí, y disminuir la circulación sanguínea y linfática para disminuir la potencia de absorción, es cosa bien sencilla.

Basta el raspado cuidadoso y metódico de todas las fungosidades del endometrio, de todas las yemas suaves del tumor, de todos los productos sépticos depositados en la vagina y la ulceración neoplásica, para llenar la primera cuestión: la ligadura de las arterias del útero, llena la manera de disminuir la circulación uterina.

Vemos, pues, que *la infección también es susceptible de sufrir grandes mejoras.*

Nada tengo que decir respecto de la uremia por compresión de los uréteres. Como no sea la disección de los conductos, en pleno neoplasma, lo que no deja de ser bien difícil, nada se me ocurre.

En cuanto al *avance rápido del proceso,* sí tenemos algo que estudiar en él.

Si hacemos el raspado desinfectante del tumor; si por medio de los antisépticos físicos y químicos logramos transformar la ulceración cancerosa séptica en una ulceración cancerosa aséptica—hecho perfectamente posible,—nada habremos ganado, si no podemos limitar la potencia evolutiva de la neoplasia. En pocos días nuevas masas cancerosas invadirán la úlcera; nuevos productos destilarán; la asepsia y todo el trabajo anterior estará perdido; la úlcera será de nuevo infectada é infectante.

¿De qué manera podremos impedir que el tumor canceroso avance de nuevo con gran velocidad?

De la manera siguiente: *Amortiguando la virulencia específica de sus elementos, obrando directamente sobre la vitalidad de ellos:*

Esto solamente de un modo se consigue: disminuyéndoles la ración de san-

gre de que puedan disponer. Es decir, ligando las arterias que llevan este humor.

Hemos visto que de las cuatro maneras de morir de las enfermas cancerosas del útero, tres tenemos al alcance de nuestros recursos, para modificarlas, retardarlas ó amortiguarlas. Estos recursos se pueden reducir á dos:

La desinfección enérgica y cuidadosa del tumor y del endometrio.

La ligadura de las arterias que nutren al neoplasma y al útero.

Si el neoplasma estuviera francamente limitado al útero, la supresión de su circulación sería cosa relativamente sencilla. Bastaría ligar las uterinas, las vésico-uterinas, las uterinas posteriores, llamadas también vaginales posteriores, y las útero-ováricas.

Pero la cuestión es más complexa: el tumor invade casi siempre la vagina, el piso pélvico y los ligamentos correspondientes. La isquemia tiene que ser mayor.

Y precisamente por olvidar este detalle, han fracasado hasta hoy todas las tentativas hechas sobre el cáncer del útero por medio de las ligaduras atrofiantes. Porque *han sido incompletas;* porque *no han llenado su objeto;* porque *se han limitado á las arterias uterinas,* lo que no basta; porque *han sido tímidas.*

Hay que suprimir la circulación pélvica en todo lo posible; *hay que sitiar al tumor por hambre.*

En las arterias pélvicas es donde está el recurso, *no en las uterinas,* como se ha hecho hasta aquí.

La ligadura se necesita en la hipogástrica. Se necesita en las útero-ováricas. Ahí es donde la hago yo; ahí es donde no he hallado un solo caso descripto en la Literatura médica.

De esto modo, la pelvis se queda sin sangre, el útero queda ahogado, sin vida; el tumor no puede sangrar, no puede destilar, no puede crecer rápidamente; apenas puede vivir.

¿Qué fenómenos se desarrollan en la pelvis, ligadas las hipogástricas y las útero-ováricas?

Desde luego la anemia absoluta de ella. Y lo comprueba este hecho: una vez ligadas las cuatro arterias y cerrado el vientre, se procede á la desinfección y al raspado del tumor. La cucharilla muerde en pleno cáncer, arranca fragmentos de mucosa uterina, alterada ó sana, y todo sale revuelto, pero pálido; apenas algunas gotas de sangre salieron al principiar el raspado; el líquido del lavado sale límpido, el tumor no sangra absolutamente nada; el útero queda en blanco.

La cavidad del útero perfectamente limpia, la superficie del tumor perfectamente homogénea, sin granulaciones infectadas, sin yemas reblandecidas, sin putrílago, está aséptica, relativamente; todo lo que infectaba ha desaparecido, todo lo que envenenaba ha sido arrastrado al exterior.

Queda una ulceración limpia, aséptica, en un órgano limpio y exangüe.

¿Vendrá la gangrena? No. Aun hay la suficiente sangre para que la vida celular se sostenga: solamente falta para que esta vida adquiera las espantosas energías de los neoplasmas.

Y no viene la gangrena, porque nunca la he visto venir en mis operadas, en primer lugar; y en segundo, porque basta recordar la anatomía de la pelvis,

para explicarse que la nutrición, aunque muy lánguida, continúe. En efecto, las arterias hemorroidales, ramas de la mesentérica inferior, se anastomosan con las hemorroidales, ramas de la hipogástrica; la obturatriz, rama de la iliaca interna, se anastomosa con la anastomótica, rama de la iliaca externa; las sacras laterales de la hipogástrica se comunican con la sacra media, rama de la aorta; la rama lombar de la iliaca, se anastomosa con las lombares de la aorta; y por último, los ramos glúteo, isquiático y pudendo interno de la hipogástrica, se comunican con ramos de la femoral, tales como las circunflejas, la pudenda, etc., etc., etc.

Pero la sangre, para llegar á la pelvis, pasa por una especie de sistema porta, carece de fuerza, disminuye su volumen y su velocidad, y pierde gran parte de sus facultades excitantes de la nutrición.

Ligeras ampliaciones de Anatomia Regional.

No deseo ocuparme de la Anatomía descriptiva de las arterías hipogástrica y útero-ovárica: está admirablemente considerada en todos los tratados clásicos de la materia, y debe estar no menos bien detallada en la imaginación de todos aquellos que me honran al leerme.

Pero hay algunos detalles de relaciones topográficas, poco conocidos, que serán precioso recurso para el operador: de ellos voy á ocuparme.

Cuando se hace la disección de las arterias hipogástricas, se demuestra que la bifurcación de las arterias iliacas primitivas se verifica al nivel del borde inferior de la 5ª lombar, en el ángulo sacro-vertebral, sobre el borde superior del alón del sacro, á 3½ centímetros de la línea media para la derecha; y á 4½ centímetros para la izquierda. Se ve que la izquierda nace un poco más hacia afuera. De aquí, la hipogástrica se hunde en la pelvis. Situada desde luego adentro del borde interno del psoas, es al principio vertical, y al pasar por el estrecho superior de la pelvis se encorva ligeramente hacia atrás y hacia abajo, y comienza desde aquí á lanzar numerosas ramas, cuya nomenclatura no necesito recordar.

La hipogástrica puede dividirse en dos segmentos: un segmento superior, situado arriba del estrecho superior, y no dando ninguna rama colateral, y un segmento inferior ó de ramificaciones. El primero es el segmento quirúrgico, es decir, el lugar de elección para la ligadura.

Es el que nos interesa. Muy próximo de la iliaca externa, mide comunmente 3 centímetros. El uréter está situado á este nivel en el fascia sub-peritoneal, hecho muy importante de retener, pues explica cómo, cuando se despega el peritoneo, el uréter viene con la serosa y escapa con facilidad á ser herido, al verificar la ligadura.

La iliaca interna, reposa directamente sobre el alón del sacro, adentro del borde interno del psoas; abajo de ella, directamente, está colocada la gran vena hipogástrica; más arriba la gran vena iliaca primitiva. El tronco lombo-sacro está más profundamente, á un centímetro afuera de ella; el nervio simpático está más interno.

Superficialmente, la hipogástrica está cubierta por el peritoneo; á la derecha (Fig. II), por la hoja derecha del meso-colon; á la izquierda, la presencia de la foseta intersigmoidea complica un poco más las relaciones.

Las relaciones de la arteria hipogástrica izquierda con la foseta intersigmoidea, y con el colon pélvico y su meso-colon que se abate sobre ella, son

extremadamente importantes (Fig. III.) E. QUENU y P. DUVAL,[1] las estudian con cuidado; 2 puntos deben precisarse especialmente: *a*—las inserciones parietales del meso-colon y la anchura de la foseta intersigmoidea; *b*—la longitud del colon pélvico.

a.—El meso-colon tiene dos raíces, una mediana y vertical, lombo-sacra, *raíz primitiva*; otra oblícua é izquierda, ilíaca, *raíz secundaria*. La primera tiene una inserción fija, inmutable, sobre la línea media; la segunda, resultado de la soldadura secundaria entre el mesenterio primitivo y el peritoneo parietal, tiene un ancho campo de inserción que se extiende de la región esplénica al estrecho superior; la inserción se hace á mayor ó menor altura, según que la evolución de la asa intestinal está más ó menos avanzada. En la mayoría de los casos, en el estado adulto de la asa cólica, la raíz secundaria del meso-colon se inserta en el flanco izquierdo de los vasos ilíacos externo y primitivos, y conducida por ellos, se reune á la raíz primitiva, formando un ángulo agudo en la bifurcación de la aorta. Las dos raíces del meso-colon forman un ángulo agudo de vértice dirigido hacia arriba; limitan entre ellas el piso de la foseta intersigmoidea; en el área de su ángulo se encuentra la hipogástrica; tal es la disposición más frecuente. Pero SHEIEFFERDECKER y CLAUDIUS, VON SAMSON, han establecido bien, que á menudo: en el adulto, el colon pélvico persiste con su tipo infantil ó aun fetal, que la inserción de la raíz secundaria de su meso-colon, queda unas veces arriba de la fosa ilíaca, otras aun de la región lombar. En estos casos, el triángulo circunscrito por las dos raíces es mucho más ancho y su vértice remonta hacia las vértebras lombares superiores. La foseta intersigmoidea es más abierta, y como lo veremos, la vía de acceso hacia la hipogástrica más fácil. Así, pues, con el tipo adulto de las inserciones del meso-colon, la hipogástrica está encerrada, por decirlo así, entre estas mismas inserciones, que al contrario: se apartan de ella en los estados menos avanzados de su desarrollo.

b.—El segundo punto importante es la longitud del asa cólica. Sin hablar de las formas del colon-pélvico, tan bien descritas por TREVES, pueden concebirse dos tipos, atendiendo á su longitud: asa corta, apelotonada en la fosa ilíaca izquierda, en forma de asa ilíaca; asa larga, tipo descrito por TREYES con el nombre de *asa omega*, la primera, tipo adulto; la segunda, tipo infantil, según SHEIEFFERDECKER. Ahora bien, el colon-pélvico, cualesquiera que sean su disposición y longitud, forma con su meso-colon el techo de la foseta intersigmoidea. Hay que levantarla para descubrir el orificio de la foseta intersigmoidea, para ver la hipogástrica izquierda. El asa larga permite esta maniobra; al levantarla se descubre ampliamente el orificio de la foseta, pero el asa corta transforma la foseta en un túnel profundo y estrecho, en cuyo fondo el ojo no puede ver; el dedo no puede sentir la arteria ilíaca interna; el intestino no se puede levantar; la vía directa hacia la hipogástrica, es, pues, imposible de seguir en este caso. Las variaciones del ángulo que forman las dos raíces del meso-colon, y las de la longitud de la asa cólica, son, pues, muy importantes de conocer para quien desee abordar la hipogástrica izquierda en el piso de la foseta intersigmoidea.

Las diferentes disposiciones que se observan, pueden clasificarse así:[2]

PRIMERO. Inserción alta de la raíz secundaria del meso-colon y asa larga

1 La Gynécologie.—1900.
2 Quenu y Duval.

(tipo infantil.) El levantamiento del asa cólica hacia el ombligo es muy fácil y descubre completamente la entrada de la foseta intersigmoidea, y por lo tanto la hipogástrica.

SEGUNDO. Inserción alta de la raiz y asa corta (tipo de transición.) El asa no puede ser levantada, la foseta es un profundo túnel cuyo fondo no es directamente accesible, hay que atravesar el meso-colon.

TERCERO. Inserción baja de la raiz y asa larga (tipo de transición), se puede levantar el intestino y se llega, aunque difícilmente, al fondo de la foseta.

CUARTO. Inserción baja de la raiz y asa corta (tipo adulto.) El piso de la foseta, y por lo tanto la arteria, son absolutamente inaccesibles; es de toda necesidad atravesar el meso-colon.

En resumen, en las disposiciones 2 y 4, el cirujano no puede abordar directamente la hipogástrica izquierda; para llegar á ella debe pasar á través del techo de la foseta intersigmoidea, es decir, atravesar las dos hojas del mesocolon. En otros términos, es la longitud muy variable del asa intestinal, mucho más que la variabilísima también, de su meso-colon, la que domina la elección de la vía de ataque: con una asa corta hay que atravesar el mesocolon; con una asa basta levantar el intestino hacia el ombligo, para llegar directamente á la arteria: *ligadura trans-mesocólica*, en el primer caso; *ligadura sub-mesocólica*, en el segundo.

La anatomía del colon pélvico queda por estudiar. El colon pélvico yace normalmente en la pelvis. Su meso colon está aplicado sobre la hipogástrica izquierda, estando la arteria cubierta por tres hojas peritoneales, que de la superficie á la profundidad son las dos hojas del meso-colon y el peritoneo pélvico. Entre las dos primeras se encuentran las tres arterias del colon pélvico: izquierda, media y derecha, aplicadas delante de los vasos ilíacos, y separadas de ellos por dos hojas serosas. La sigmoidea izquierda está á un centímetro de la ilíaca interna, en la inserción parietal de la raíz secundaria del meso-colon; cubre la ilíaca externa, la primitiva, y queda siempre hacia fuera de la interna. La sigmoidea derecha, destinada á la parte derecha y terminal del asa intestinal, corre también en el meso-colon, pero á la derecha, hacia adentro de la hipogástrica. Pero la sigmoidea media, que representa casi la media del triángulo formado por las primeras, reposa directamente en la ilíaca interna, obstruyendo la vía al cirujano que quiere abordar la hipogástrica al través del meso-colon.

Conocidas bien estas nociones de Anatomía, la ligadura de la hipogástrica es sencilla.

Manual operatorio.

La enferma se coloca en el plano inclinado, forzando un poco la posición.

Se practica una laparotomía mediana, que desciende hasta la sínfisis del pubis, cuidando la cercanía de la vejiga.

Dos anchos separadores abren suficientemente los bordes de la incisión abdominal.

El dedo índice va en busca del promontorio, sigue su reborde hacia la derecha, encuentra el alón, y á este nivel, aproximadamente á 3½ centímetros de la línea media, si es á la derecha, practica una incisión al peritoneo, de cuatro centímetros ó menos, que sea paralela á la dirección conocida de los vasos que se van á descubrir.

Se despega con la extremidad del dedo índice el labio externo de esta incisión, y con él se va el uréter.

En medio de la abertura obtenida, se ven y se sienten los dos vasos ilíacos secundarios, el externo y el interno.

No queda más que desgarrar la vaina celulosa, desnudando cuidadosamente la hipogástrica, y cargarla de adentro hacia afuera, teniendo cuidado de evitar la vena ilíaca interna.

Se pondrá la ligadura á dos centímetros abajo de su bifurcación, teniendo la precaución, antes de apretar el nudo, de comprimir el vaso, sobre el sacro, á fin de que un ayudante busque los latidos de la crural, y esté el operador bien convencido de que es la hipogástrica el vaso que se halla comprendido en el asa de la ligadura.

Esta es la técnica para el lado derecho. Veamos el izquierdo.

Aquí el operador podrá sufrir, á veces, ligeras dificultades, sin embargo fáciles de vencer.

Si el meso-colon es largo, la ligadura será sencilla, se levantará el intestino hacia el ombligo y se procederá como para el lado derecho.

Si el intestino tiene su meso corto, se hará la ligadura á través del meso-colon, á 4 centímetros de la línea media, al nivel del promontorio. Si se perciben por transparencia las arterias sigmóideas del meso-colon, se pasará entre la izquierda y la media; si no, se tratará de aislarlas y de rechazarlas por medio de la sonda acanalada, hacia fuera ó hacia adentro, según el lugar que haya alcanzado la incisión del peritoneo.

Al través del meso-colon se llega al peritoneo pélvico; donde con el índice se exploran los latidos de la hipogástrica, y se procede á la ligadura de ella como en el lado derecho.

La gran dificultad que presenta la ligadura de la hipogástrica izquierda, es la profundidad tan grande en que se ve el operador, obligado á trabajar cuando tiene que pasar á través del meso-colon.[1]

Existe otro procedimiento para la ligadura de la arteria hipogástrica: el método subperitoneal.

De éste no tenemos que ocuparnos, pues desde luego excluye la posibilidad de la ligadura de los vasos útero-ováricos y las ligaduras quedarían incompletas.

Además, cuando se tienen buenos conocimientos de Anatomía y alguna práctica en las operaciones de cirugía abdominal, se puede asegurar que la ligadura de las hipogástricas, por la vía transperitoneal, no es una operación difícil, y que su único peligro, el de la infección, podemos en la actualidad considerarlo como muy remoto y como no digno de tenerse en consideración, cuando el operador es limpio.

En lo tocante al procedimiento para ligar las arterias útero-ováricas, en el espesor del ligamento ancho, nada nuevo tengo que agregar. El procedimiento es conocidísimo. Sólo recordaré que la vecindad con el uréter requiere del operador algunas precauciones para colocar su ligadura.

1 Con una poca de práctica, llega á hacerse esta ligadura con extraordinaria facilidad. Mis amigos los Dres. Arcadio T. Ojeda, Carlos Manuel García y Manuel M. Macías, me han visto practicarla en Veracruz, por una incisión peritoneal, no mayor de 5 centímetros, y sin que una sola asa intestinal se hubiera mostrado al exterior. Con dos dedos introducidos en la pelvis, hice las ligaduras.

Las tentativas de tratamiento de los tumores inoperables, por medio de las ligaduras atrofiantes, no son nuevas.

No deseo entretener al lector averiguando quién fué el primer Cirujano que tal hiciera. En el *Berl. Klin. Wochenschrift*, correspondiente al año de 1898, pág. 435, se dice que fué RYDYGIER.

Esto tendría poca utilidad práctica. Bástenos saber que la cuestión ha sido recientemente vuelta á tomar, y que hoy, con los recursos de asepsia, ha variado un poco en su técnica y en sus resultados.

En el undécimo Congreso Francés de Cirugía, durante la sesión tenida el 20 de Octubre de 1897, en la mañana, TUFFIER, el conocido autor del *Basiotribo*, trajo la cuestión al debate, presentando tres enfermas á las que había ligado las uterinas.

Hablaron: BOUSQUET, refiriéndose á operaciones de BROCA; y HARTMAN impugnando el método.

Desde entonces conozco en la literatura médica varios artículos, en pro unos, en contra otros, de la idea resucitada.

No conozco ninguna observación de ligadura de las hipogástricas. La idea me nació durante una tentativa infructuosa de vaciamiento de la pelvis.

Conclusión.

Nada es más difícil que concluir, asentando preceptos dogmáticos.

Sin conclusiones, sin estadística seria, un trabajo de la índole del mío parece quedar imcompleto.

Por eso lleno este espacio con algunas explicaciones á mis lectores, dándoles la esperanza de entréver algunas *conclusiones* y de obtener buenas estadísticas.

El proceso *cáncer*, en Medicina, es vastísimo, inconmensurable. El proceso *cáncer uterino*, en Ginecología, no lo es menos. Tanto en una como en otra, continúa impenetrable, misterioso, fatídico. Es la esfinge de las tempestades celulares.

Para medirlo se necesita, ó verlo muy de lejos, ó contar con inmensos medios de apreciación y cálculo, para estudiarlo de cerca. Con algunas observaciones clínicas solamente, emprenderla contra el coloso, sería risible, si no explicara la acción.

Es con lo que voy á terminar este trabajo.

Publico este folleto, por dos grandes razones.

La primera, porque espero que algunos de mis lectores me honrarán leyendo con interés algo nuevo y me ayudarán á obtener, con sus operaciones propias, una estadística formal y útil, que yo publicaré oportunamente. Será la verdadera estadística de *las ligaduras atrofiantes en el Cáncer Uterino*, estadística colectiva. La estadística personal, mía exclusivamente, sería siempre mezquina é insignificante.

Por eso hago el más solemne de los llamamientos á los Cirujanos mexicanos, y los excito á que operen el cáncer uterino avanzado; que liguen las hipogástricas y las útero-ováricas, desinfectando vigorosamente, en la misma sesión, el endometrio, el tumor y la vagina, y que me honren con transmitirme sus impresiones, con enviarme sus estadísticas, que yo computaré, estudiaré y publicaré, bajo la más estricta honorabilidad.

De esta manera conoceremos una estadística útil y buena; mientras que sin esta ayuda, como no tengo más que lo que publico, mi estadística resultará insignificante.

La segunda razón, para mi publicidad, es esta otra:

En el Tercer Congreso Médico Pan-Americano, celebrado recientemente en la Habana, y cuya sección de Ginecología y Cirugía abdominal, tuve la inmerecida honra de presidir en todas sus sesiones, traté extensamente esta cuestión, que fué recibida con entusiasmo por todos los delegados pan-americanos. En la Academia N. de Medicina de México volví á tratar nuevamente la cuestión, y buen número de sus miembros me honraron aceptando mis ideas. De aquí mi deseo de que fuesen conocidas en toda su verdad, en toda su circunscripción, en toda su validez.

He operado muchas veces el cáncer uterino, y algunas de mis operaciones han sido verdaderamente intrépidas. No me ocupo aquí del cáncer uterino bien limitado; es inútil. No tiene vacilación: reclama la histerectomía. Me refiero solamente al cáncer avanzado, muy avanzado. De estas operaciones voy á decir algunas palabras.

Considero innecesario que me dedique á buscar comprobantes, nombres, fechas, etc., etc. Me bastará decir que han sido terribles, desastrosas. Y no han sido incompletas ni tímidas. Con Germán Díaz Lombardo, inteligente y buen operador, y con Numa Torrea, mi hábil colaborador, hice un vaciamiento de la pelvis en el Hospital «Morelos,» en mi Sala Pasalagua, á la enferma S. R. que ocupaba la cama núm. 8, el día 2 de Octubre de 1900: el vaciamiento fué completo, el cáncer muy avanzado. El 23 de Octubre, es decir, 21 días después de la operación, la enferma moría con su cáncer perfectamente reproducido, y después de haber presentado durante los ocho días anteriores, signos graves de enajenación mental.

En Guadalajara, en unión de los Dres. Fortunato Arce, Juan Valdés y Enrique Camarena, los operadores de Occidente, hice una histerectomía abdominal, con vaciamiento, por cáncer avanzado. Los días post-operatorios inmediatos, fueron terribles; hubo que hacer lavados peritoneales para luchar con la infección del peritoneo, y salvada por fin la mujer, de la operación, pocos días después presentó signos de reproducción del neoplasma.

En Veracruz, acompañado por los hábiles operadores Carlos M. García, Manuel M. Macías y Arcadio T. Ojeda, hicimos un vaciamiento incompleto por cáncer avanzado, en una casa llamada «Patio de la Artillería,» y la enferma murió 25 días después por carcinosis generalizada.

Y podría prolongar los casos: podría hablar de la Sra. V., muerta en Campeche; de la Sra. X. Z., muerta en Tepic; y de una multitud más, muertas en México, operadas por mí y por mis respetables amigos y compañeros, los demás ginecólogos de la capital.

Y si dejamos los muertos para buscar las intervenciones incompletas, recordaría la enferma que no pudimos operar en Orizaba, mi amigo Miguel Mendizábal y yo; la que no pudimos operar en Guadalajara, mi amigo Enrique Camarena y yo; y otra multitud más de casos propios y ajenos.

El resultado de todo lo que he visto, y de todo lo que á este respecto he sabido, no se hizo esperar. Me decepcionó el vaciamiento, y lo abandoné. Hoy creo que las enfermas de cáncer uterino avanzado no deben, no pueden ser operadas por dichos métodos radicales.

Y de aquí que haya pensado buscar el mejor de los paliativos.

Y encontré la ligadura de las hipogástricas.

Esta ligadura es extraordinariamente fácil, no peligrosa, y sus resultados hasta hoy han sido en mis manos muy aceptables.

De aquí, que termine repitiendo á todos los cirujanos que me lean:

Operad el cáncer uterino avanzado por las ligaduras atrofiantes en la hipogástrica; será la mejor manera de amortiguar los accidentes.

Honradme comunicándome vuestras impresiones y resultados.

México, Abril 10 de 1901.

(Concluirá.)

SECCION XVII.

TERAPÉUTICA

EL TABAQUISMO Y SU TRATAMIENTO.

Un hecho evidente y absolutamente indiscutible es el incremento rapidísimo que en nuestra época ha tomado el uso del tabaco. El progreso de las negociaciones consagradas á este giro, el notabilísimo aumento de cultivadores de la planta y de los terrenos consagrados á ella y el importante puesto que en el Comercio de todas las Naciones ha tomado el ramo del Tabaco, comprueba de manera evidentísima que la proporción de fumadores se eleva cada día en una formidable progresión.

Los accidentes y trastornos que el abuso de esta planta acarrea al organismo humano se han acentuado y obsérvanse con mucha mayor frecuencia, siendo lógico que la atención de los patologistas se fije más cada día en los desórdenes que acarrea esta nueva forma de sibaritismo de la edad moderna, que á las múltiples causas de degeneración y pérdida de la salud empéñase en agregar otras y otras más.

Distintos trabajos hemos leído últimamente sobre esta cuestión, siendo de los principales la monografía del Dr. Georges Petit, miembro de la «Sociedad contra el abuso del tabaco» comentada favorablemente por la «Revue de Thérapéutique,» 70e année, no 13, 1er Juillet 1903, é intitulada como esta nuestra breve nota terapéutica.

En el último número de la revista de Alcaloidoterapia «La Dosimétrie,» hemos encontrado un pequeño artículo del mismo Dr. Ceorges Petit, que sucintamente vamos á extractar y que nos ha sugerido la idea de tratar el punto agregando algunas reflexiones.

El autor afirma desde luego con justicia que existen algunos medicamentos, sobre todo *la estricnina*, que en los casos de tabaquismo dan excelente resultado tanto contra la intoxicación misma como para vigorizar el organismo que lucha contra la depresión, causada por el agente tóxico y revelada por ciertos órganos y ciertas funciones. En los casos agudos, la dosis ministrada es de 3 á 5 miligramos y á una dosis análoga ó un poco menor en los casos crónicos para combatir la adinamia, la depresión y la neurastenia.

El Dr. Zalackas, en «Le Progrès Médical,» recomienda la *eserina* como un excelente antidoto de la *nicotina*, de la cual una dosis terapéutica y no tóxica

neutraliza una dosis tóxica del alcaloide del *Physostigma venenosum*, con la condición única de ser administrada antes que éste. Una dosis tóxica de nicotina sin embargo, no neutraliza en manera alguna otra dosis tóxica de eserina, aunque en realidad enmascare los efectos de la eserina. Esto depende probablemente de que la nicotina posee dos propiedades antagónicas, y sin embargo positivas y reales aunque inversas, la una excitante y la otra paralizante, sucediendo tal vez por esto que la acción paralizante también que tiene á su vez la eserina se añade á la misma, que es la dominante en la nicotina, y el resultado sea contraproducente, auxiliándose en vez de combatirse ambos agentes. Por esta razón está contraindicado el uso de la eserina en la forma adinámica del tabaquismo.

Por eso mismo el autor prefiere en los casos de arterio-esclerosis el uso de los *yoduros alcalinos* y de los anti-espasmódicos, *cicutina*, *hiosciamina* y *digitalina*.

El *sulfato de esparteina* es también un medicamento de gran valor y correcta aplicación en las afecciones cardiacas graves con irregularidad y diminución de los movimientos del corazón, cuyo ritmo normal puede restablecer. Este medicamento, pues, se encuentra por consiguiente indicado en los casos de *tabaquismo*, del mismo modo que es un valioso agente en el tratamiento de los casos de *morfinismo*. Así lo comprueban los casos de los Dres. Ball, Demings y Barnay. Nosotros, asimismo, recordamos haberlo empleado y recomendado en iguales circunstancias, variando su modo de administración, más ó menos intenso, según el método que se sigue para obtener la curación, más ó menos rápidamente según las circunstancias y el criterio del médico tratante.

Los síntomas que dominan en estos casos y que son los más alarmantes y peligrosos, los síntomas y perturbaciones de parte del corazón, se amortiguan y van desapareciendo en breve plazo; el eritismo cardio-vascular mejora y el sueño fisiológico vuelve, normalizándose el estado general. Al mismo tiempo el estado moral del enfermo cambia y se transforma y con la desaparición de los fenómenos que acusan la depresión del funcionalismo orgánico y de la voluntad, percibe pronto los beneficios de la medicación y una energía provechosa renace en su ánimo y completa la curación definitiva.

Cuando con el sindromo de congestión ó angina de pecho se observan las palpitaciones y la taquicardia, encuentran asimismo una aplicación adecuada la *cafeina* y alguna vez la *veratrina*. El régimen dietético é higiénico bien meditado es de rigor, significando un buen auxiliar del tratamiento terapéutico. El buen funcionamiento del tubo digestivo contribuye como es natural al éxito final y algunas veces para lograr la desinfección del intestino puede y debe usarse el sulfhidral.

* * *

Esta breve síntesis del artículo del Dr. Petit, traza los rasgos principales de tratamiento del *tabaquismo*, que, como decimos al principio, se observa y se observará con más frecuencia cada día desgraciadamente.

En la magnífica obra de Pendzoldt y Stintzing, «Tratado de Terapéutica,» que otra vez hemos citado, en el tomo II, pág. 292, se encuentra un artículo del Dr. Husemann, consagrado al Tabaquismo ó Nicotinismo, formando parte de

la sección en que ampliamente se trata de las intoxicaciones con substancias vegetales, sección que por sí sola abarca 43 especies de envenenamientos.

Después de un resumen de la sintomatología, causas, etc., de la enfermedad, el autor hace un análisis de los tratamientos propuestos, sea empíricos, sea más ó menos razonados. Después de citar los medicamentos propuestos en la forma aguda, administración de yodo (Reil), tanino (Fabarger), inyección morfínica para vencer la rigidez muscular (Oppolzer), diuretina ó digitalina para aumentar la diuresis (L. van Praag), afusiones frías, amoníaco, éter, respiración artificial (Uspensky), etc., que tienen sus indicaciones en cada caso especial, pasa el autor al tratamiento de la intoxicación crónica por el tabaco, causado más aun que por la nicotina por la *colidina*, base piridínica sumamente tóxica y por el ácido prúsico.

Husemann acepta como Petit la *estricnina* como el mejor antídoto y remedio del tabaquismo, que se revela por los múltiples trastornos funcionales que le son característicos, aconsejándose también con Courserand las inyecciones de *Clorhidrato de pilocarpina*, para acelerar la eliminación de los productos tóxicos.

Contra la hiperestesia gástrica recomienda Kjellberg el agua de Carlsbad, á la que por la benignidad y eficacia de acción preferimos nosotros, de acuerdo con Petit, el Sedlitz Ch. Chanteaud.

Para complementar la acción del tratamiento médico es preciso, naturalmente, procurar la supresión de la causa que ha originado el mal. La buena higiené, asimismo, mejorará el estado del enfermo y hará que pronto desaparezcan los accidentes y se restablezca la normalidad de sus funciones.

Como buenos consejos para prevenir los accidentes que sobrevienen en los fumadores, se dan entre otros los siguientes: 1º No fumar cuando el estómago se encuentra vacío, es decir, antes de los alimentos; 2º Fumar con boquilla, prefiriendo aquellas que constan de varias piezas desmontables, que fácilmente se limpian. Ultimamente se han inventado algunas de trayecto sinuoso y en las que el humo pasa al través de algodón ó filtro; 3º No fumar en piezas cerradas y mucho menos si en ellas hay niños, sobre los cuales ejerce dañosa influencia; 4º Evitar los tabacos fuertes, como el americano de Virginia; y 5º Fumar de preferencia al aire libre.

Para evitar más eficazmente los peligros del tabaquismo, sería conveniente encontrar un procedimiento que privase á la planta de sus principios tóxicos, conservándole su aroma y gusto característico, y que la ley exigiese lo que pudiéramos llamar su *purificación*.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXII.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL EMPIRISMO

POR EL

DR. MANUEL CARMONA, CIRUJANO DENTISTA.

(Dedicado á los distinguidos Sres. Dres. D. Eduardo Licéaga, D. Manuel Toussaint, y D. José Terrés.
Pequeña muestra de mi grande estimación.)

El estado de progreso que hoy alcanza en México el arte dental, hace de todo punto necesario que se establezcan, de una manera precisa las diferencias que existen por naturaleza entre el *empírico* y el profesor titulado.

Yo no soy de aquellos que creen que los títulos académicos acreditan la supremacía; pero sí estoy convencido de que acreditan el estudio y la dedicación, y que, por tanto, son la mejor garantía contra el charlatanismo y la especulación. El talento siempre se distingue y se impone, con título ó sin él; pero el vulgo jamás lo distingue de la charlatanería; y como ésta, por su misma naturaleza, se reviste de formas que halagan y seducen, y desgraciadamente abunda más que el talento, el vulgo la sigue y la preconiza sin miramiento ni tasa, con grandes perjuicios para él mismo y para la mayoría del público.

De aquí, pues, resulta ya llenada la necesidad de una Escuela de Cirujanos Dentistas, gracias á los constantes esfuerzos del Sr. Dr. Licéaga, obsequiados justamente por nuestro Supremo Gobierno.

Estas ideas me impelen á hacer algunas reflexiones sobre el empirismo, asunto en extremo trascendente, como lo son todos aquellos que afectan, más ó menos, á una ó varias de las partes que constituyen el conjunto social.

La cuestión general entraña dos cuestiones subalternas.

1ª ¿Que cosa es el empirismo?

2ª ¿Cuáles son sus consecuencias.

Hablemos de ambas cuestiones. El empirismo es la más antigua de las escuelas filosóficas; tiene la experiencia por base de sus teorías, pero en lo general, esta experiencia ni es completa ni es metódica.

El empirismo nació entre los helenos con la filosofía misma, en el siglo XVI antes de J. C.; el objeto que se propuso fué reducir á un principio único ó múltiple la pluralidad de los fenómenos físicos que hieren á los sentidos.

Thales, uno de los siete sabios de Grecia, fué el primero que llevó á cabo una tentativa de este género; como todos los empíricos, concibió la materia, no inerte é inanimada, sino dotada de una alma; según el sabio mencionado, es la condición de ser de todas las cosas; su forma primitiva es el agua, elemento esencialmente dotado de movilidad y susceptible de transformaciones. El agua, que es el principio de todas las cosas, no fué, sin embargo, el generador de los dioses, porque éstos nacen de ellos mismos, y respecto á su número y naturaleza, Thales acepta las teogonías impuestas en su tiempo. Hippon, que profesó el empirismo, afirmó antes que nadie, que los dioses debían morir, puesto que habían nacido, porque no podían estar fuera de la ley que rige á todas las criaturas. Anaximandro de Mileto, contemporáneo y acaso dis-

cípulo de Thales, se dedicó á buscar los elementos del mundo, creyendo que los había encontrado en un objeto material bastante vago, al cual dió el nombre de *infinito*. Anaximenes, nacido en la segunda mitad del siglo VI, es decir, algunos años después de la muerte de Anaximandro, concibió un empirismo menos grosero que el de sus predecesores: supuso como principio de las cosas al aire, que lo asimiló al espíritu, diciendo: «Lo mismo que el aire, que es nuestra alma, gobierna nuestros cuerpos, el aire universal gobierna y anima al Universo.»

Diógenes profesó el empirismo 500 años antes de J. C., después de haber establecido que no puede subsistir más que un principio natural, único poseedor de la aptitud de que están dotados los elementos para unirse los unos á los otros; designó el aire como principio del mundo, y decia: «Por su extrema sutilidad, el aire debe estar dotado del principio activo; todos los animales viven por él y de él sacan sus ideas; su alma no es más que un aire más caliente que el que los rodea; pero más frío que el aire que anima al sol.»

La diferencia de temperatura explicaba, según el mismo filósofo, la variedad que existe entre los animales; la muerte es el efecto producido por la falta de aire en las venas; seco, da la inteligencia; húmedo, produce el embrutecimiento.» Con este filósofo concluye la serie de los empíricos jónicos que buscaron y creyeron encontrar una causa única de las cosas en el orden natural.

Próximamente 100 años después de Diógenes, surgió Empédocles, primero de los empíricos que abandonó el principio único, y reconoció cuatro elementos: fuego, tierra, aire y agua. Estas cuatro raíces de las cosas son divisibles hasta lo infinito y están aptas para cambiarse y formar los seres; su agregación produce la vida, llamada por Empédocles *la amistad*. Su disgregación origina la muerte, y se llama *la discordia*. Estos dos principios se combaten eternamente, hasta que forman sus fuerzas un equilibrio perfecto. La doctrina de este filósofo es vastísima y fué profundamente estudiada en la antigüedad. Anaxágoras, contemporáneo de Empédocles, fué el último representante notable del empirismo; después de él, Archelao compiló las doctrinas jónicas adulterándolas y desvirtuándolas, sosteniendo que lo justo y lo injusto no son nada para la naturaleza, y no existen más que para la ley; pero tras de él vino Sócrates, que iba á cimentar la moral en su verdadero fundamento: el alma.

Tal es la historia del empirismo. Veamos ahora los fundamentos en que se apoya. Según Robin y Littré, estos fundamentos son tres: 1º El acaso, que origina los hechos y la marcha de la naturaleza. 2º Los medios empleados con el fin de prever el resultado de los acontecimientos, y; 3º La imitación ó analogía de las cosas. Glaucias, á estos tres métodos les llamó el *tripié* de la medicina. Cuando el Barón d'Holbach decia á fines del siglo pasado, en su obra *Sistema de la Naturaleza*, que los hombres se equivocaban abandonando la experiencia por los sistemas amamantados por la imaginación; proclamaba la superioridad del método empírico, y nadie levantó la voz para demostrarle que se equivocaba. En nuestros días, uno de los profesores más célebre de la escuela de Medicina de Paris, el inmortal Trousseau, en una conferencia que dió el año de 1862 en nombre de la Sociedad Filotécnica, para la enseñanza gratuita de los obreros, se llamó con toda suficiencia *empírico*, sin que nadie protestara contra los aplausos de la numerosa concurrencia; pero esto fué porque aquel sabio tomaba la palabra *empirismo* en su acepción etimológica y racional. Mas sucede que, por lo general, no es en este sentido como se toma

esa palabra, no; tiene otra interpretación que envuelve la idea más vaga aún, la de charlatanismo, y precisamente porque Zimmerman le daba este sentido, dijo: «Un empírico en medicina es un hombre que sin soñar siquiera en las operaciones de la naturaleza, en las indicaciones, en los métodos y en las causas de las enfermedades, y sobre todo, sin pensar en los descubrimientos de las diferentes épocas, se fija en el nombre de la enfermedad y administra sus drogas al azar, ó las distribuye á su capricho, siguiendo su rutina y desconociendo su arte.»

Yo no podría definir, por más que lo intentara, cuál es la causa que produce el efecto desastroso de que el vulgo no pueda distinguir lo verdadero de lo falso; pero el hecho es que los empíricos viven á expensas de la debilidad, que cuesta demasiado cara. El paciente mal atendido, sufre más, y la pérdida del tiempo da lugar al completo desarrollo de su mal; esta es la más grave de las consecuencias que acarrea el empirismo. Por lo tanto, á los que conocemos prácticamente los desastrosos efectos que produce, nos toca combatirlo por cuantos medios tengamos á mano.

Claro es que no presumo, en manera alguna, de acabar con los empíricos en el arte dental, ni con el empirismo, no; pero sí ambiciono y quiero, como quiere todo hombre honrado, combatir lo que no es bueno. El sacerdote que combate el vicio, sabe y comprende que habrá vicios mientras haya hombres, y, sin embargo, no desmaya en su tarea, como yo no quiero desmayar en la mía, ya que tenemos una ley de organización profesional.

* * *

La prohibición de ejercer sin título debe ser absoluta, como sucede en Europa, cuya cultura siempre hemos tenido por norma; esa prohibición debe extenderse á las personas que practican la medicina, la farmacia, la obstetricia, el arte dental, y, en fin, cualesquiera de los ramos de la ciencia médica; pues por lo que al arte dental concierne, ¿cómo podrá ser empírico quien teniendo por precisión que conocer cuando menos la anatomía de la boca, tiene la necesidad de reunir los conocimientos anatómicos, histológicos y fisiológicos, la patología y la terapéutica de la región? ¿No es exponer la salud pública si no se exigen á los dentistas los conocimientos que deben tener?

México, Enero 31 de 1904.

DR. MANUEL CARMONA.

SECCION XXV.

CUESTIONARIO MEDICO.

A la pregunta que dirige á esta Redacción un estimable compañero, concebida en estos términos:

¿Qué concepto debemos formar de la Hemeopatía? creemos poder contestar reproduciendo el artículo siguiente del inolvidable maestro Dr. Gabino Barrera, que no juzgamos tan suficientemente conocido como debiera serlo.

LA HOMEOPATIA O JUICIO CRITICO SOBRE ESTE NUEVO SISTEMA.

Hace apenas unos ocho ó diez años que el nombre de *Homeopatía* era casi totalmente desconocido entre nosotros, á no ser por aquellas personas que por su profesión estaban obligadas á conocer los distintos métodos de curar; pero de poco tiempo acá este nombre se halla en boca en todos, pronunciado casi siempre con cierto calor, aunque por distintos y contrarios sentimientos: los unos elevándola sin límite ni discreción, y los otros abatiéndola. Siempre estableciendo comparaciones entre ella y la medicina común, con objeto de hacer prevalecer cada uno su opinión, ora favorable, ora contraria á la Homeopatía.

Sin embargo, cuando se detiene uno á escuchar los fundamentos de uno y otro partido, no halla en lo general otra cosa que lugares comunes, aserciones gratuitas, hechos incompletos y mal interpretados, y una falta absoluta de datos racionales para poderse erigir en jueces de una materia sobre la cual se tiene una profunda y completa ignorancia; pero que interesando vivamente el bienestar individual y el de la familia, no puede menos de ocuparnos con frecuencia. Y pues que cada uno está llamado á ser juez en su propia causa, bueno será que pueda con facilidad proporcionarse los datos precisos para pronunciar un fallo en que la razón y no la pasión haya de imperar.

El deseo de cooperar á esta obra de ilustración, es el que ha puesto la pluma en mi mano, persuadido de que el charlatanismo no se combate eficazmente sino con la difusión de las luces, y de que la ignorancia ó las nociones incompletas y vagas, constituyen el medio en que forzosamente tiene que vivir, el cual, estrechándose en razón directa de la verdadera ilustración, acabará por hacer casi imposible la existencia de esta hidra, que, combatida de otro modo, brotarán cien cabezas por cada una que se le quiera cortar.

Voy, pues, á exponer brevemente, pero con exactitud y con cuanta claridad me fuere dable, los principales fundamentos de esa nueva cabeza del monstruo, á la cual se ha dado el nombre de Homeopatía.

Bien conozco que mi débil voz, y aun la evidencia misma, se estrellarán contra la pasión de ciertas gentes por todo aquello que se presenta cubierto con el velo del prodigio y de la novedad; no se me oculta que á despecho de todas las razones que pudiera yo alegar, gran parte del público seguirá todavía siendo víctima de la superchería de aquellos que no tienen otra habilidad que la de prometer, con una impudencia que asombra, toda clase de curaciones, armados siempre de las más fútiles y pueriles disculpas para el caso de que el resultado sea funesto, ni otra ciencia que la de explotar con una sagacidad no menos sorprendente los errores, ciertos ó supuestos, de los médicos, de que andan siempre á caza, no dejando jamás de imputar al arte los errores del artista: como si la ciencia fuera responsable de los yerros de los que la cultivan; como si porque una suma esté mal hecha se debiera poner en duda la exactitud de las matemáticas. Sé muy bien que contra estos y otros obstáculos no menos poderosos tendré necesariamente que luchar; pero me anima la esperanza de contribuir en algo con mis débiles fuerzas á acelerar el triunfo de la verdad, contra la cual luchan las preocupaciones y la educación; pero que debe forzosamente llegar, porque querer sofocar la verdad es que-

rer mantener un leño debajo del agua: la mano que lo sujeta llegará á fatigarse y él acabará por flotar en la superficie.

EXPOSICIÓN DE LA DOCTRINA HOMEOPÁTICA.

A fines del siglo pasado, un médico de Berlín llamado Samuel Hanhemann, publicó un libro intitulado: «Organum del arte de curar,»[1] en el cual, después de mil diatribas contra la medicina y contra los médicos, propone un nuevo método de curar las enfermedades; el cual consiste, según su idea, en producir por medio de las substancias medicamentosas, una enfermedad idéntica á aquella que se trata de curar, con lo cual desaparecerá desde luego la enfermedad natural, quedando sólo la artificial, que á su vez también cesará luego que cese la administración del medicamento que le ha dado origen. Esta es la idea fundamental de Hanhemann; luego entraremos en los detalles de su aplicación y desarrollo; notemos solamente desde luego, que aquí se trata de producir una enfermedad igual á la enfermedad primitiva, con objeto de que esta última desaparezca, y de aquí el axioma *similia similibus curantur* [2] de la nueva escuela, el cual es absolutamente contrario al establecido por Hipócrates, *contraria contrariis curantur*. De aquí también el nombre de Homeopatía (de *omoion*, semejante, y *patos*, enfermedad) que Hanhemann dió á la primera, llamando á la que desciende de Hipócrates Alopatía (de *allos*, otra, y *patos*, enfermedad).

Si el novador se hubiera limitado á esta variación del dogma hipocrático, su doctrina, aunque falsa en la inmensa mayoría de casos, hubiera, sin embargo, tenido cierto barniz de verdad en algunos: así, al ver que un colirio aplicado en un ojo sano produce en la mucosa del ojo un enrojecimiento y una inflamación evidente, pero, que ese mismo colirio, aplicado en un ojo que ya está previamente inflamado, hace cesar en él la inflamación y la cura: al ver que un purgante quita á veces la disentería ó la diarrea; que un cáustico (loco dolenti) hace cesar los dolores de una neuralgia,[3] se ve uno naturalmente tentado á creer que, de un modo general, es conveniente producir un dolor para curar una afección dolorosa, determinar una diarrea artificial para curar las deposiciones, y causar una inflamación para curar otra en el mismo órgano; y aunque en todos estos casos habría mucho que decir sobre la supuesta identidad entre la enfermedad primitiva y la producida por el remedio, pues el dolor de un vejigatorio nada tiene de semejante con el de una neuralgía, ni las evacuaciones producidas por un purgante, con las propias de la disentería, ni la conjuntivitis ocasionada por un colirio, se parece á la inflamación espontánea;[4] no obstante que todos estos hechos y otros análogos, han recibido otras explicaciones más racionales que la naturaleza de este artículo no nos permite referir aquí, la doctrina de Hanhemann hubiera con-

1 Este libro, escrito primitivamente en alemán, fué traducido en 1832 por Jourdan, bajo el título de «Exposition de la doctrine médicale homéopathique,» 1 v. in 8°. Paris, 2me. édit. 1834.

2 Los semejantes se curan con sus semejantes.

3 Dolor nervioso.

4 Ni sería tampoco conveniente que hubiese esa identidad, pues entonces sería bueno para curar una oftalmía purulenta en un niño, inyectarle en los ojos algunas gotas de pus blenorrágico, supuesto que de esta manera se produce en un ojo sano una inflamación idéntica, lo cual sería no un remedio, sino una barbaridad criminal.

servado, repetimos, cierto barniz de verdad, si se hubiera limitado á volver al revés el axioma *contraria contrariis curantur*, axioma que por lo demás yo no trato de defender en todo el rigor de su significación literal; pero la imaginación exaltada del médico alemán, no pudo contenerse en tan estrechos límites, sino que sobre este primer cimiento, ya bastante endeble, construyó todo un edificio médico, amontonando hipótesis sobre hipótesis, no sólo irracionales, sino absurdas, y que tienen algunas, además, el inconveniente de ser de la naturaleza de aquellas que no pueden ser ni confirmadas ni desmentidas por la experiencia y la observación, sino que están destinadas, por su misma naturaleza, á permanecer siempre en el dominio de la pura imaginación, siendo, por lo mismo, inadmisibles conforme á los sanos principios de la filosofía.

(Continuará.)

SECCIÓN XXX.

BIBLIOGRAFIA

Tratado práctico de Medicina y Cirugía Modernas por el Dr. Luis Marco, Médico de visita del Instituto Rubio. Madrid. *Condiciones de la publicación.* Constará esta obra de 9 tomos en 4°, de unas 650 páginas próximamente, impresa con esmero con tipos nuévos y elegantes y con excelente papel. Irá además ilustrada con magníficos fotograbados y láminas cromolitografiadas.

El precio de cada tomo será: *10 pesetas* encuadernado en rústica, y *12 pesetas* en tela. En América fijarán los precios los señores Corresponsales.

Puntos de venta: En Madrid, en casa de su Editor Felipe González Rojas, calle de San Rafael 9, y en las principales librerías.

Los lectores de la «Crónica» que desearen esta magnífica obra pueden dirigirse directamente al Editor en Madrid ó á nuestra Administración.

***

Hemos tenido ya el gusto de recibir los cuatro tomos que van publicados de esta obra, que otra vez hemos anunciado con sincero aplauso, debida á la elegante pluma del erudito Sr. Dr. D. Luis Marco y escrita bajo un plan nuevo y á la altura de los conocimientos modernos. Creemos esta nueva producción del ilustrado facultativo madrileño, llamada á prestar servicios de positiva utilidad no solamente al estudiante que busca los fundamentos de la Ciencia de curar, sino al médico que poseyendo ya los conocimientos fundamentales de su profesión, desea reforzarlos y llevarlos á la relativa perfección que han alcanzado en nuestra época.

No vacilamos, pues, en recomendar esta magna obra, que al estar terminada no debe faltar en la Biblioteca de quienes con empeño siguen el movimiento intelectual moderno.

E. L. A.

Embarazo, Puerperio y Parto. Preceptos Higiénicos.—Consejos prácticos sobre Puericultura é Higiene de la Infancia.—Aforismos sobre Puericultura é Higiene de la primera Infancia.—En la Administración de la «Crónica» se han recibido algunos ejemplares de estas obras del Sr. Dr. D. Francisco Vidal Solares,

de Barcelona, Médico bien conocido y reputado como Tocólogo y Especialista en las enfermedades de los niños y cuyas obras, por el estilo en que se hallan escritas, no solamente ayudan al práctico sino también á las madres de familia, que en ellas encuentran una multitud de reglas útiles para la crianza y cuidados higiénicos de sus hijos.

Los precios señalados por el autor y que íntegramente se conservan en nuestra Administración, que no hace el comercio de libros y acepta por reciprocidad estas pequeñas comisiones, son los siguientes: Embarazo, Parto y Puerperio, 5 pesetas; Consejos sobre Puericultura é Higiene de la primera infancia, 6 pesetas; y Aforismos sobre Puericultura, 2 pesetas. (Moneda española.)

Exploración gráfica del tórax como medio de diagnóstico médico y quirúrgico, por Antonio Espina y Capo. Premio extraordinario en el grado de Licenciado de la Facultad de Medicina de Madrid (tesis de doctorado.) Hemos recibido este bonito trabajo que acusa en el autor una verdadera laboriosidad y una larga dedicación el estudio de la radiografía que tan notables servicios presta ya á la complicada ciencia del diagnóstico. Entretanto emite su autorizado juicio sobre esta bien trabajada tesis nuestro distinguido electricista el Sr. Dr. D. Roberto Jofre, nosotros, aunque incompetentes en el difícil ramo de Electricidad, nos limitamos á felicitar á nuestro ya colega el Dr. Espina y Capo, que por el gran número de radiografías que acompaña á su trabajo y los abundantes datos que señala para hacer provechoso este examen y obtener de él correctas deducciones que sirvan de guía para el tratamiento ó intervención operatoria, se comprende ha consagrado su tiempo y sus energías al bellísimo estudio cuyo amplísimo porvenir nos es dable ya presumir. Agradecemos asimismo el envío y deseamos al nuevo comprofesor todo género de prosperidades en su ejercicio profesional.

E. L. A.

NECROLOGIA.

EL SR. DR. D. CARLOS TEJEDA, Profesor de Patología Infantil en la Escuela N. de Medicina de México.

El día 7 del mes que acaba de finalizar pagó el ineludible tributo á la Madre Naturaleza el distinguido facultativo cuyo nombre encabeza estas líneas, de una manera inesperada y violenta, arrebatado por una grave enfermedad hepática. El Dr. Tejeda, originario de Jalacingo, Ver., que aquí y en Europa consagró sus desvelos al estudio especial de las enfermedades de los niños, cuya asignatura desempeñó como Profesor durante muchos años en nuestra Escuela, se distinguió siempre por su corrección y caballerosidad, así como por su genial modestia.

Nosotros tuvimos el gusto de contarlo entre nuestros Jefes de Redacción y hoy la «*Crónica Médica Mexicana*,» lamentando sinceramente la pérdida del ilustrado facultativo y muy estimado amigo, deposita en su recién abierta fosa un cariñoso recuerdo.

NOTAS

CASO VERDADERAMENTE CURIOSO Y RARO

De un periódico reciente de los Estados Unidos traducimos el siguiente caso, que es en efecto excepcional:

«*Cinco hijos nacidos exactamente en la misma fecha.*—Louisville, Enero 16. —El quinto hijo del matrimonio William Leroy nació ayer, 15. Los anteriores han nacido como sigue:

Enero 15 de 1900.—George M. Leroy.
Enero 15 de 1901.—P. Asthen Leroy.
Enero 15 de 1902.—Peter Leroy.
Enero 15 de 1903.—Alexander G. Leroy.

El matrimonio Leroy vive en Owen County. La Sra. Leroy es una hermosa campesina, miembro de la conocida familia Hardin. Su marido es cultivador.»

Probablemente el fenómeno observado durante cuatro veces consecutivas no obedece á condiciones singularísimas, extrañas y desconocidas del organismo de la Sra. Leroy, sino á una simple coincidencia, pero debemos confesar que es esta muy excepcional.

¿DE QUÉ ESTAMOS HECHOS?

¿De qué estamos hechos? ¿Cuál es la composición química del cuerpo humano?

Como todas las plantas y todos los animales, el hombre procede de un germen. Ese germen es absolutamente invisible á la simple vista; es necesario un aumento de cerca de quinientos diámetros para verlo en el microscopio. Aparece entonces dotado de una vida intensa que se manifiesta admirable á la vista del observador por movimientos de rapidez prodigiosa. Bajo el punto de vista químico, este germen original está formado de seis elementos indispensables.

Tales son nuestros orígenes naturales. Para hacer un hombre, basta una cantidad infinitesimal de carbono, hidrógeno, oxígeno, ázoe, azufre y fósforo, materias todas que los químicos preparan con mucha facilidad y que el comercio vende baratas.

Dejemos crecer con el pensamiento esa reunión de semillas vivas hasta que el hombre esté acabado, materialmente hablando, y procedamos á un ligero análisis químico en el ser completo. ¡Cuán brillantemente está construído el edificio, y cuántas cosas nuevas hay que ver! ¡Qué tejidos, qué órganos tan diferentes! La máquina humana es verdaderamente admirable. ¡Es una maravilla! Detengámonos. De los ochenta elementos ó cuerpos simples que conocemos hoy en química, ¿cuántos se han descubierto en el cuerpo humano? Diez y siete nada más. Ninguno de esos cuerpos está en libertad; todos forman innumerables combinaciones.

Estamos compuestos esencialmente de carbón ó carbono, elemento cuya sola presencia caracteriza perfectamente todos los cuerpos organizados que

forman los reinos animal y vegetal. Al lado del carbón encontramos dos gases, el hidrógeno y el oxígeno combinados sobre todo, bajo la forma de un líquido muy conocido, el agua.

No lo dudéis lector, representáis una formidable cantidad de agua. Por sediento, ó seco que estéis debemos admitir que las nueve décimas partes de nuestro peso, no son más que agua.

Y vos señorita, que valsáis graciosa y ligera, representáis, tal vez, un peso de cincuenta kilos; pero aparte de cinco kilos de diversas sales—una bagatela—no es más que agua la que vuestro compañero hace hacer piruetas en el espacio. Agua. . . . . pero bajo una forma agradable, á decir verdad.

Continuemos nuestros análisis.

Después de los elementos del agua, encontramos el ázoe, otro gas muy esparcido en el aire atmosférico; después el azufre formando sales llamadas sulfatos, el fósforo al estado de fosfato en los huesos, por lo cual se puede preparar el fósforo de los cerillos, con los huesos de los animales. Buscando bien encontraremos algunos otros metaloides, el gas cloro, al estado de sales llamadas cloruros, y sobre todo cloruro de sodio ó sal de cocina. La sangre contiene cuatro por cient› de sal de cocina, que tiene por objeto facilitar la digestión, formando antes el jugo gástrico. Las lágrimas contienen también sal de cocina; esto lo sabe todo el mundo por haberlas probado mal de su agrado. Se debería decir, pues, lágrimas saladas, y no lágrimas amargas. En el esmalte de los dientes encontramos el fluor al estado de fluoruro de calcio, formando una delgada capa que impide que los alimentos rayen y gasten los dientes. Se han encontrado huellas de yodo y de arsénico en las glándulas tiroides.

A esos diez elementos de la clase de los metaloides, vienen á unirse siete metales verdaderos, pues todos pobres y ricos llevamos en nosotros siete metales, pero no metales al estado metálico, cosa que nos asemejaría á las construcciones de cemento armado, sino metales al estado de sales sumamente variadas y complexas. He aquí sus nombres: El silicio que se encuentra. . . . .iba á decir en las plumas! pero digamos en el pelo y en la cabellera, puesto que la naturaleza nos ha negado las plumas de los pájaros y la lana de los borregos. Después el potasio, el sodio, el magnesio, el aluminio en muy pequeña cantidad, el calcio metal de la cal, que da á los hues.s su consistencia; en fin, el fierro, cuya importancia en la sangre es grande. El cuerpo de un adulto contiene cerca de dos gramos y medio de fierro, poca cosa si se quiere, pero en fin, suficiente para que cuando falta como en las jóvenes anémicas, se haga necesario reemplazarlos con algún ferruginoso más ó menos asimilable.

Tal es la composición química elemental de nuestro cuerpo, este cuerpo frágil, este mortal refugio de tantos inmortales pensamientos.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, MARZO 1° DE 1904. NÚM. 3.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO.

Miembro correspondiente de la «Société Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Suarez Gamboa, Ricardo.—Cirujano del Hospital *Morelos*.

Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Sres. Dres. Manuel Carmona y Ramon Reynoso.—Sección de Medicina y Cirugía Dental.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia ó Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Jose de la L. Gomez.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

NOTAS SOBRE EL PALUDISMO

ALGUNAS LOCALIZACIONES DEL GERMEN PALUDICO

OBSERVACIÓN NÚM. 1.—El Sr. N., de 34 años, casado, empleado en la reparación de la línea telegráfica del Oriente de este Distrito, fué atacado el 11 del corriente por un fuerte escalofrío seguido de dolor de costado y tos, el dolor sobre la tetilla derecha; á los tres días esputos rubiginosos, dispnea, temperatura 39½ desde el primer día, cefalalgia moderada. El Sr. Dr. A. lo estuvo asistiendo durante 9 días; existían desde el 2° día todos los signos racionales y físicos de la pneumonía; al noveno día que lo ví yo en consulta pude verificar todavía todos esos signos: todo el lóbulo izquierdo y vértice del pulmón derecho estaban hepatizados, la espuición era fibrinosa y sanguinolenta, la dispnea moderada; temperatura, 39½, delirio nocturno (hay algo de alcoholismo en este individuo), postración, nada de sudores, estertor crepitante franco, tos é insomnio; no pude verificar la preexistencia de calenturas intermitentes; ¿podría yo negar el diagnóstico de pneumonía *a frigore* que tenía este enfermo? No. Ordené que al tratamiento que tenía se agregaran 0.33 c. de sulfato de quinina, debiendo tomar esa dosis cada doce horas por tres veces. La primera dosis la tomó á las 6 de la tarde de ese día; una hora después fué inundado el enfermo por sudores copiosísimos y por una postración extrema, perdió el habla y ocasionó este cuadro una alarma terrible en todas las personas que lo rodeaban. Se llenaron las indicaciones urgentes y el enfermo amaneció sudando y menos postrado; á las 6 a. m. otra dosis de quinina; siguió el sudor por todo el día; leche cada tres horas; menos tos, nada de sangre en

los esputos, desaparece la dispnea, puede el enfermo hablar, aunque con dificultad; orina escasa y fuertemente colorida; duerme por primera vez, en todo el curso de su enfermedad, dos horas seguidas; á las 6 p. m. otra dosis de quinina; la noche la pasó sudando, durmió poco; no hubo delirio, respiración normal; temperatura, 37° á las 6 p. m. A otro día (11° de enfermedad), el enfermo suda aún, nada de tos; temperatura, 37°, á las 9 a. m.; habla con facilidad; me pongo á auscultarlo y creo que me engaño: el pulmón, que antes estaba hepatizado en el vértice y lóbulo izquierdo, es permeable al aire en esos mismos puntos; *no hay estertor de vuelta*, ni ningún estertor patológico, ni soplo ni ningún *reliquat* de lo que había 30 horas antes; el enfermo se acuesta bocarriba y sobre el lado derecho, sin molestia: tiene hambre: dice, que lo único que tiene es mucha debilidad (con razón!!). Tres días después el enfermo andaba por el patio de su casa á las 8 de la mañana! Esto es, decía yo, pneumonía palúdica—aunque este nombre no esté en ningún libro.

Observación núm. 2.—1894.—Fuí llamado en el mes de Junio (día 9) por la familia X., de esta villa, á las 6 p. m. Una niña de 7 años de edad, hacía tres días que estaba enferma. La asistía el Dr. N., que estaba presente; fuí informado por la familia de la enfermita, que tres días antes fué atacada la niña por un escalofrío moderado y de larga duración, hora y media, al cual siguió calentura y dolor de costado en el lado derecho, tos y ansia ligera; no pudo dormir la noche de ese día, por el dolor y la tos; á otro día fué llamado el Dr. N., y este señor diagnosticó una pneumonía *a frigore*, pues parece que la niña, después de andar jugando con otras niñas, se expuso á una corriente de aire. Temperatura de este día á las 8 a. m., 40° (2° día). En la tarde del mismo, la ansia se hizo más intensa: la temperatura siguió casi tan elevada, 39°8, la tos más repetida y el dolor más intenso; tampoco pudo dormir en la noche. Al día siguiente (3^er^ día), según el Sr. Dr. N., temperatura, 40°; esputos rubiginosos, dispnea, signos físicos y racionales de la pneumonía, claros y evidentes. A las 6 de la tarde de este día que yo ví á la enfermita, pude verificar todos los signos de la pneumonía, y además observé que los esputos eran casi formados de pura sangre obscura y muy adherente al vaso que los contenía. Temperatura, 40°; dispnea intensa, postración, falta absoluta de sudor, nada de antecedentes palúdicos. La zona hepatizada del pulmón ocupaba todo el vértice derecho y una lámina de la cara anterior del pulmón; prolongándose algo bajo la axila derecha. Estertor crepitante claro. Soplo tubario bien perceptible. Imposible negar la existencia de una pneumonía. Impuesto del tratamiento instituído por el Sr. Dr. N., me pareció racional, y sólo convenimos en agregar una dosis de sulfato de quinina de 0.25 c., *con el fin de reducir un poco la temperatura*. Debía tomar la enfermita una dosis de quinina inmediatamente y otra 12 horas después. Al retirarme de la casa se me dijo que volviera á otro día en la mañana, juntamente con el Sr. Dr. N. Al siguiente, á las 8 a. m., estábamos allí. Se nos dijo que había pasado la enfermita una noche muy agitada; que no se había logrado que permaneciera cubierta, pues á cada momento arrojaba la ropa de cama; que parece que había sudado algo; que la tos había desaparecido desde á media noche, lo mismo que la ansia; que poco antes de las 6 a. m. había pedido la niña alimento, y que no se le había tomado la temperatura á las 6 a. m., por olvido; que á esa hora había tomado la segunda dosis de quinina y después se había quedado quieta. Al llegar el Sr. Dr. N. y yo junto á la cama de la niña, nos reconoció ésta y se sentó; tomamos la temperatura y tenía 37°. Había un ligero sudor, semblante animado, nada de tos ni dispnea.

El Sr. Dr. N. auscultó á la niña y se volvió á verme como asustado. Me dijo: *Auscúltela Ud.* El pulmón estaba permeable en el vértice (pulmón derecho) y en la lámina anterior y bajo la axila, puntos donde la víspera habíamos reconocido una hepatización ó dureza. Ligerísima respiración *soplante*, nada de estertores, ni crepitante ni de ninguna clase. Había desaparecido el dolor de costado. Prescribimos alimentación más substancial y el mismo tratamiento con otra dosis de quinina á las 6 p. m. A los tres días la enfermita estaba sana enteramente. ¿Sería esto pneumonía *a frigore* ó perniciosa pneumónica? Yo creo que ninguna de esas dos cosas. Era *pneumonia palúdica.*

OBSERVACIÓN NÚM. 3.—1896.—Sr. J. N., de México, de 25 años, de paso en esta villa, durante ocho meses estuvo viviendo en el distrito de Tuxtepec, ocupado en el cultivo del tabaco; como enfermedades anteriores, sólo refiere haber padecido ligeras indisposiciones gastro-intestinales; dice haber tenido siempre buena salud; al llegar á Valle Nacional tuvo hace ocho meses, fríos, que le duraron dos semanas, y dice que se le quitaron sin que se hubiera hecho ninguna medicina. Refiere que hace un mes, poco más ó menos, comenzó á sentir dolores agudos en la extremidad de los dedos de los pies, en la pulpa, un poco adelante del punto en que los dedos tocan al suelo; que se le enfriaban los dedos con frecuencia y se le ponían como dormidos; que había días que los dolores eran insoportables. Al llegar á esta villa los dolores ya no le permitieron seguir su camino para México y recurrió al médico. Fué visto por el Sr. Dr. N., el cual diagnosticó gangrena simétrica ó asfixia simétrica de las extremidades. Cuatro días después fuí llamado yo y me encontré con que los cuatro últimos ortejos, 2º, 3º, 4º y 5º del pie derecho, estaban ya gangrenados en su extremidad; la piel tenía un color negro, dura como cuerno y fría: la frialdad se extendía hasta la segunda falange de dichos ortejos; en el pie izquierdo, el 1º, 2º y 3er ortejos estaban también gangrenados en puntos simétricos al pie derecho; en el segundo ortejo la escara se había reblandecido y una sania fétida escurría. El estado general del individuo no era malo; pálido y un poco flaco (como todos los que vienen de tierra caliente) no acusaba estar bajo la influencia de ninguna diátesis; su sistema arterial central y el accesible á la inspección é investigación, nada de anormal presentaba; no había rastros de alcoholismo; el bazo y el hígado eran normales; no había rastro de sífilis, ni hereditaria ni adquirida; como antecedentes de familia, no había ninguno que ameritara una herencia directa ó atávica. En suma, todos los datos que pude recoger para orientarme en la etiología de esta enfermedad, fueron negativos, con excepción de la fiebre intermitente (fríos) que había padecido hacía ocho meses durante dos semanas. Aunque no había signos ni datos de Brightismo, se le ordenó que mandara analizar su orina y midiera varias veces la cantidad evacuada en 24 horas. El Sr. Dr. N. había instituído un tratamiento tónico y reconstituyente, que yo acepté, y á la vez un tratamiento local en los puntos en que las escaras estaban desprendidas, que también me pareció bueno, á reserva de intervenir quirúrgicamente si las circunstancias lo exigían, pues en ningún ortejo había círculo limitante inflamatorio que pudiera indicar que la gangrena tenía tendencia á circunscribirse. Además, convenimos el Sr. Dr. N. y yo en propinar á nuestro enfermo un gramo de sulfato de quinina por día en dos tomas, comenzando ese mismo día. Al siguiente los dolores fueron menos violentos, sin dejar de ser continuos; la frialdad ocupaba menos extensión y el color violado ó asfíxico de las partes no muertas aún, era menos intenso. Al tercer día, este color fué reemplazado por un ligero hinchamien-

to edematoso de color rosado, y el círculo de separación de las escaras apareció muy cerca de las mismas; se calentaron los dedos, con excepción de los puntos ocupados por las escaras; los dolores persistían aún, sin ser muy violentos; el estado general del enfermo mejoraba á la simple vista. Se comprobó que la orina no contenía albúmina, ni cilindros, ni había poliuria. A los siete días comenzaron á desprenderse las escaras y la gangrena estaba completamente limitada. A los 28 días el enfermo pudo seguir su camino para México, llevando sólo algunos pequeños puntos no cicatrizados en dos ó tres ortejos, y con un estado general, si no magnífico, sí bastante bueno, comparado con el que tenía al llegar á esta villa.

¿Cuál fué la etiología de esta gangrena? Para mí no hay duda que fué el paludismo que ocho meses antes contrajo este individuo; paludismo que, ocultando sus manifestaciones febriles intermitentes, siguió una marcha *larvada*, localizando sus ataques sobre los capilares de los ortejos. Luego que el germen fué atacado por la sal de quinina, cesó el efecto. Creo que con justicia se puede llamar á esta enfermedad *gangrena palúdica* simétrica de las extremidades.

Podría presentar otros muchos casos semejantes á los anteriores, en los cuales pueden verse localizaciones claras y evidentes del miasma palúdico, después de la administración de una sal de quinina, siendo imposible antes del tratamiento hacer el diagnóstico etiológico por los signos racionales ó físicos que ofrecen esas afecciones.

Reflexionando un poco, se ve que en esos casos y sus análogos, no hay motivo para poderlos clasificar como de carácter *pernicioso*. Los casos *perniciosos* del paludismo localizado, son así llamados, precisamente por la acción rapidísima y destructora que desarrolla el miasma en esos casos cuya terminación fatal no se hace esperar muchas horas, aun á pesar de la administración de la quinina.

En mis notas hay casos numerosos de enfermos cuya muerte por perniciosa palúdica no ha podido ser evitada por la administración hipodérmica de la quinina. No sé si sería ya extemporánea esa administración ó los destrozos efectuados por el veneno palúdico serían irreparables, el hecho es que la terminación fatal ha venido rápidamente en estos casos.

Además, en estos casos perniciosos se encuentra siempre una relación clara entre las manifestaciones comunes de la malaria, forma intermitente, remitente, larvada, etc., y la transformación *perniciosa* de esas manifestaciones, unido todo esto á la constitución malárica ó palúdica de la región; en los casos que vengo analizando, con excepción de la *paludicidad* de la región faltan todos los demás datos, ó bien como en el 3º el ataque vulgar de paludismo de forma intermitente ha tenido lugar 7 meses antes de que vinieran las manifestaciones gangrenosas, y la relación de causa á efecto parece un poco *forzada* á pesar de la evidencia en que la pone el tratamiento.

El diagnóstico terapéutico por medio de las sales de quinina, me parece á mí tan concluyente como el hemodiagnóstico, sin tener las dificultades de este último.

En donde carecemos de instrumental adecuado para hacer el hemodiagnóstico y además ignoramos los avisos que da la práctica en el manejo del microscopio y de los mejores medios para hacer las preparaciones que deben sujetarse á ese examen, administrar la quinina como método de *prueba* es siempre una buena práctica, tanto más cuanto que ningún perjuicio se le sigue al enfermo y en numerosos casos se le produce un beneficio real.

Desgraciadamente no todos los casos de paludismo obedecen á esta *prueba* y no por esta acción *negativa* de la quinina se debe concluir que *no hay paludismo*. Para estos casos créo yo de absoluta necesidad el hemodiagnóstico.

Tengo la convicción de que numerosos casos de cirrosis hepática, de afecciones cerebrales polimorfas, de afecciones medulares no sistemáticas, reconocen por principio una intoxicación palúdica, y tal vez son mantenidas por el mismo germen y en los cuales la acción de la quinina es siempre negativa. El hemodiagnóstico seria en estas afecciones la prueba concluyente.

Parece que la quinina no tiene acción sobre ciertas toxinas producidas por el germen palúdico ó mejor dicho, sobre todas las toxinas engendradas por ese germen. La observación de ciertos casos de hemeralopía claramente palúdica inclinan á creer que la eliminación de las toxinas palúdicas es muy lenta y que la quinina no tiene influencia sobre ellas. Conozco que hablar de toxinas palúdicas es prematuro, pues la ciencia no ha llegado aún á resolver esta cuestión; pero confieso que muchas veces he pensado si serán distintas las acciones que ejercen en el organismo el germen palúdico y las toxinas que él puede engendrar.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

SECCION XI.

NUEVO TRATAMIENTO PALIATIVO

DEL

CANCER UTERINO DESECHADO POR INOPERABLE

POR RICARDO SUÁREZ GAMBOA,

Cirujano del «Hospital Morelos.» Miembro de la Academia Nacional de Medicina, de México; de la Sociedad de Medicina y Cirugía, de Río Janeiro, etc., etc.

Nota al trabajo anterior escrito especialmente para esta 2ª edición hecha por la *Crónica.*

(CONCLUYE.)

Difícil es juzgar de un nuevo método, por escasas estadísticas y más difícil aun se hace, cuando estas estadísticas son recientes.

Sin embargo, las cifras que para final de este trabajo asiento, son elocuentes.

Si reuno las observaciones publicadas en el año de 1901 con las presentadas en el Congreso Pan-Americano de la Habana, y las leidas en el Congreso Universal de Madrid, suman treinta y dos casos análogos todos. Cánceres uterinos enteramente avanzados. En Madrid, interesados los Cirujanos del notable Instituto RUBIO, en la novedad y en el éxito de mis procedimientos en cuestión, me dedicaron una enferma con cáncer uterino avanzado, caquéctica en grado sumo y agotadísima por sus frecuentes y grandes metrorragias. Tuve la honra de operarla en dicho Instituto, ante todos los cirujanos del mencionado plantel y ante no pocos de los miembros de la Sección de Ginecología del Congreso Universal de 1903, á la sazón reunido en Madrid: fui hábilmente ayudado por el distinguidísimo operador, *Sr. Dr. Eugenio Gutiérrez*,

notable ginecólogo español. El éxito operatorio fué excelente: se suspendieron las hemorragias, desapareció la infección y la enferma comenzó á reponerse rápidamente. Este caso que me limito á señalar, no lo cuento, porque salí de Madrid un mes después y actualmente desconozco la evolución ulterior del neoplasma allí operado.

Del año de 1903 al actual, constan en los libros de mi casa de Salud, cuatro casos más de ligaduras isquemiantes pélvicas, con cuatro curaciones operatorias. Debo agregar un quinto caso terminado por la muerte, realizado en el mes de Enero del presente año.

Suman por total treinta y siete operaciones, con treinta y seis éxitos y una defunción.

Examinando el caso perdido, hallaremos como causa de la muerte de la operada, un accidente operatorio, imputable directamente á las circunstancias especiales del caso. La infiltración cancerosa pélvica era enorme; grandes ganglios linfáticos degenerados y muchos reblandecidos ya, obstruían el paso hasta los vasos iliacos derechos: la arteria y sobre todo la vena, estaban fijas entre los tejidos peri-vasculares infiltrados. Me empeñé en ligar, tomé la arteria delicadamente, pasé el hilo de ligadura, apreté y al hacer un pequeño movimiento de tracción, inevitable para apretar bien el hilo, la vena muy degenerada cedió en un punto y un chorro de sangre negra inundó la herida. Tomé violentamente la vena con una pinza; pero era tarde. Momentos después la operada sucumbía en la mesa de operaciones con todos los signos de una embolia bulbar gaseosa: había penetrado aire por la vena hipogástrica, rígida é inmóvil, por la degeneración neoplásica de sus paredes.

Fuera de este caso desgraciado, cuyas circunstancias fatales declaro con toda sinceridad, los otros treinta y seis han sido enteramente favorables en su evolución.

Todos han tenido de común la bondad de su marcha operatoria. Las enfermas se han reanimado rápidamente y el proceso cicatricial de la incisión abdominal ha sido completo y sólido. De común han tenido también, todos estos casos, la *desaparición absoluta* de las hemorragias y de los escurrimientos fétidos uterinos.

De diversa manera se han comportado en lo relativo á la modificación de los dolores. Veinticinco se han completamente modificado en este sentido: el dolor ha disminuído muchísimo, las enfermas han podido volver á su vida anterior con relativa comodidad y muchas de ellas han llegado á creerse completamente curadas. Tres no han sentido alivio en sus dolencias y las otras no han podido dar datos ciertos por su aptitud intelectual rudimentaria; eran indígenas tardías en concebir su estado y difusas en manifestar su situación enferma.

Más difícil me será manifestar de una manera satisfactoria los datos que he podido recoger acerca de la duración del alivio en estas treinta y seis operadas. Desde luego debo confesar que he perdido de vista á muchas de ellas. Enfermas, en su mayoría, de poblaciones lejanas de México, han venido á mi Sanatorio, han sido operadas ahí y se han regresado á su residencia llevándose su historia ulterior y la facilidad de mis investigaciones ulteriores. He procurado no perderlas por completo de vista y aun con algunas he logrado sostener correspondencia posterior; pero honradamente declaro que de gran número no he vuelto á saber más.

Una enferma operada en Jalapa, dos de Puebla y una de Querétaro han

alcanzado supervivencias notables. Operadas en plena caquexia grave han llegado á vivir algo más de un año y medio después de la operación. Igual cosa podré asentar de otra señora operada en Tacubaya, hace catorce meses y que actualmente sufre en Tampico una recrudescencia de su mal. Las supervivencias mayores de dos años, no las he logrado obtener.

Como término medio la vida de las enfermas se hace tolerable y útil, por espacio de diez meses á un año. Durante este tiempo viven bien, tranquilas, sin escurrimientos y casi sin dolores. Su estado general se compone muchísimo y no falta desgraciada de esas que llegue á soñar con hallarse definitiva y radicalmente curada.

Como plazo menor, la única enferma que he visto morir pronto de su mal, ha sido una señora que intenté operar en el Hospital «Morelos» en compañía del Dr. Valdez, y á la cual por sus circunstancias especiales sólo le pude ligar los vasos de un sólo lado. Esta enferma murió cinco meses después de operada; sin embargo, durante algún tiempo y á pesar de lo incompleto de su operación, estuvo muy mejorada.

Las dificultades operatorias, en tesis general, no son muy grandes. Salvo en señoras muy obesas y difíciles en la anestesia, que vomitan, roncan y no permiten maniobrar libremente en su pelvis, mis ligaduras isquemiantes son fáciles de ejecutar. El caso mortal que yo he tenido trae, sin embargo, un alerta á esta facilidad y yo mismo recomiendo desde hoy, á todo Cirujano que intente practicarlas que antes de pasar sus hilos, se asegure bien del estado de los vasos ilíacos profundos.

Considero inútil agregar que los cuidados de desinfección vaginal y uterina no deben descuidarse ni un momento y que los grandes lavados con agua oxigenada intra-uterinos prestarán para ello grandes y señalados servicios. La medicación general coadyuvará ventajosamente en la mayoría de las operadas y el tratamiento psíquico de aquellas infelices condenadas irremisiblemente á una muerte tardía pero no menos segura, no deberá olvidarse.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

México, Febrero 13 de 1904.

SECCION XII.

La Higiene de la vista en las Escuelas de México.[1]

POR EL DR. M. URIBE TRONCOSO (MÉXICO, D. F.).

Desde el año de 1890 en que el Dr. Ramos hizo la primera estadística de los vicios de refracción de los niños de las escuelas de México[2] á la cual contribuí con cerca de 1,000 casos, no se había hecho ningún examen sistemático y que tuviera sobre todo por objeto un fin práctico.

1 Trabajo leído en la 31ª Reunión Anual de la «American Public Health Association,» Washington, Octubre de 1903.

2 Los vicios de refracción en México comparados con los de Europa. Congreso Internacional de Berlín. 1890.

Las cifras estadísticas reunidas entonces demostraron ampliamente la necesidad de instituir las medidas higiénicas necesarias para detener los progresos de las ametropías, que, aunque no tan alarmantes como las de Europa en lo que respecta á la miopía, son bastante considerables para justificar la intervención de las autoridades escolares en la prevención de las enfermedades oculares que el trabajo continuado de la escuela trae consigo.

En diversos artículos[1] he venido insistiendo desde aquella época no sólo en la necesidad de modificar las condiciones higiénicas de los locales destinados á las escuelas, sino también en la utilidad del examen sistemático de la vista y el oído de los niños, con objeto de darles la corrección óptica necesaria para evitar los avances de las ametropías y hacer aumentar el tanto por ciento de aplicación general, colocando al niño en las condiciones más favorables para que pueda aprovechar la enseñanza que recibe.

Con el fin de demostrar prácticamente á los maestros la facilidad con que pueden hacerse los exámenes de la vista y las grandes ventajas que tanto los niños como los maestros mismos reportan con ellos, emprendí hace poco tiempo la tarea de reconocer la vista de todos los alumnos de la Escuela Normal para Profesores de la Ciudad de México, en la cual se educan cerca de 500 niños de todas edades, después de dar algunas conferencias acerca de la anatomía y fisiología del órgano de la visión á los alumnos Normalistas que están para terminar su carrera de Profesores y tendrán después amplio campo en que aplicar estos conocimientos.

La proporción de las ametropías que encontramos en estos alumnos es bastante elocuente por sí sola para demostrar la necesidad de la adopción de medidas encaminadas á disminuir la nociva influencia de la escuela sobre la salud de los ojos. Creo que esta vez tendrán ya estas investigaciones un alcance práctico y que comunicándose á los padres el estado de la vista de sus hijos, podrán poner el remedio que éstos necesiten para seguir con aprovechamiento sus estudios.

El total de alumnos examinados ascendió á 449, de los cuales 402 tenían de 7 á 18 años y 47 eran alumnos Normalistas de 13 á 29 años de edad. Los métodos seguidos fueron: la determinación de la agudeza visual á 5 metros por medio de las escalas, la determinación del punto próximo y el examen á la esquiascopía en los amétropes, cuando su agudeza no llegaba á la normal.

Se recurrió al examen oftalmoscópico en los casos dudosos ó de lesiones profundas, pero no se instilaron nunca midriáticos. Aunque se determinó con cuidado el punto próximo, sus indicaciones no se tomaron en cuenta para la hipermetropía sino en los alumnos de mayor edad, pues es sabido que esta prueba está sujeta á mayores probabilidades de error que la del punto remoto, y tratándose de niños de poca edad su determinación no tiene gran alcance práctico, porque en ellos generalmente la corrección de la hipermetropía no es aceptada.

De los 449 alumnos examinados, 260, ó sea el 57.90 por ciento eran normales y 190 ó sea el 42.31 por ciento tenían una visión defectuosa. Los 190 amétropes se dividen en:

Hipermétropes (Hipermetropía y Astigmatismo hiperópico). . . . . 24.93 por ciento.

1 La higiene de la vista en las escuelas y la corrección óptica. Anales de Oftalmología. Enero de 1901.

Miopes (Miopía y Astigmatismo miópico). . . .	12.24	por ciento.

Que á su vez se descomponen en:

Hipermétropes puros	11.35	,,
Miopes puros	6.01	,,
Astigmatismo hipermetrópico	13.58	,,
,, miópico.	6.23	,,
,, mixto.	0.89	,,
,, irregular.	0.44	,,

Hay que tener en cuenta que la cifra de hipermetropías se refiere sólo á la hiperopia *manifiesta* y no á la total, que es seguramente mucho más elevada; pero desde el punto de vista práctico basta con que el examen nos revele la presencia de la primera. Con efecto, el Dr. Randall después de haber encontrado al oftalmoscopio 75 por ciento de hipermétropes, no halló al examen subjetivo sino 26 por ciento.

Examinando comparativamente los datos recogidos según las edades, se ve que la hipermetropía pura disminuye conforme aumenta la edad hasta encontrar en los normalistas un solo caso; en cambio en ellos el astigmatismo hiperópico es mucho más frecuente y la cifra de la miopía se eleva hasta un 19 por ciento. En todas las edades la proporción del astigmatismo hiperópico es muy considerable y este hecho vendría á confirmar las ideas de Javal y Risley, quienes consideran el astigmatismo como el factor principal de la miopía, el intermedio entre el ojo, emétrope cuando entra á la escuela y miope cuando sale de ella, después de largas horas de trabajo de cerca y de esfuerzos acomodativos y musculares.

La atención de los higienistas europeos se había dirigido especialmente al principio, al estudio de la miopía, que en Alemania ha adquirido proporciones colosales alcanzando hasta un 50 por ciento; pero estudiando la evolución del ojo y sus transformaciones, se concede ahora gran importancia al astimagtismo, que necesita ser corregido por medio de los vidrios apropiados lo más pronto posible, pues es más activo que la miopía pura y la aproximación que necesita más constante.

En México la proporción de la miopía no ha sido nunca muy considerable; la influencia de la raza es notoria: en lugar de las órbitas fuertemente separadas del alemán de cara muy ancha que necesita hacer grandes esfuerzos de convergencia que originan la compresión del globo por el cinturón de los músculos exteriores y estiramientos del nervio óptico, la conformación craneana del tipo criollo mexicano hace que la distancia entre las dos órbitas sea muy pequeña. La intensidad luminosa mayor en las altiplanicies facilita además el trabajo y el hecho de que ni aun en invierno es necesario recurrir en las clases al alumbrado artificial, amengua los peligros del trabajo prolongado de cerca. Pero si la miopía no alcanza cifras elevadas, en cambio la proporción total de las ametropías es ciertamente considerable. El 42 por ciento de los niños de la Escuela Normal no tiene una agudeza visual que le permita seguir en el pizarrón las explicaciones del maestro, y el 25 por ciento (M. y As.) necesita una aproximación en la visión de cerca, que es enteramente incompatible con la integridad funcional del órgano. La astenopía acomodativa es, además, un manantial constante de molestias para el niño, que cansado por los esfuerzos que tiene que hacer para la visión distinta se abandona y se vuelve desaplicado.

Así, pues, es enteramente necesario, tanto desde el punto de vista higiénico como educativo, poner á los niños amétropes en las mejores condiciones para luchar contra lós peligros que necesariamente trae consigo para los ojos la vida escolar, cada día más activa en México gracias al aumento constante del número de las escuelas.

El remedio creyó encontrarse al principio en la modificación de las condiciones higiénicas de los locales destinados á las escuelas, del mobiliario, libros, escritura, etc., y desde entonces data la gran revolución higiénica que ha transformado en verdaderos palacios, dotados de todas las condiciones de luz, ventilación, etc., las antes pequeñas y obscuras escuelas, hundidas en el fondo de calles estrechas. Los higienistas señalaron las mejores condiciones de luz, de aproximación durante el trabajo y de altura de los bancos según la edad, los editores transformaron sus libros imprimiéndolos con caracteres más grandes y en mejor papel, y en ciertas escuelas se proscribió la escritura inglesa inclinada, causa de mayor aproximación y de posiciones viciosas, sustituyéndola por la escritura recta. De todas estas mejoras se esperó únicamente obtener completo resultado, pero después de algunos años, y con sorpresa, se vió que no bastaban para detener los progresos de la miopía, y que ésta quedaba estacionaria. Así lo ha afirmado todavía recientemente el mismo Cohn, después de estadísticas minuciosas á este respecto.

El remedio consiste en procurar á los alumnos, además de las condiciones de higiene ya mencionadas, la corrección óptica completa de los vicios de refracción, haciendo exámenes sistemáticos de la vista cada año, al comenzar los cursos, separando á los amétropes é indicando á los padres la necesidad de que sean sometidos á los cuidados de un oculista.

Tengo que mencionar aquí el gran impulso que muchos distinguidos oculistas de este país han dado á la higiene ocular. Los trabajos de Risley, Randall, Allport y otros, han hecho avanzar notablemente esta materia, no sólo por medio de cuidadosas estadísticas que demostraron plenamente los perjuicios que la vida escolar produce en los ojos, sino facilitando prácticamente los exámenes y haciendo ver que los maestros mismos pueden encargarse de esta tarea, que no presenta grandes dificultades.

El Dr. Risley[1] ha demostrado por cuidadosas estadísticas de cerca de doscientos mil ojos, tanto de su práctica como de la de otros oftalmologistas, que la corrección por los vidrios adecuados, ha hecho disminuir en Philadelphia la miopía de 28.43 por ciento de 1874 á 1880, hasta 16.98 por ciento de 1890 á 1898.

El acuerdo parece ya ser completo en todas partes acerca de la necesidad del examen anual de todos los niños y de la corrección de los vicios de refracción para prevenir el desarrollo de la miopía, y la *American Medical Association*, la Asociación Nacional de los Estados Unidos, en su última reunión en Nueva Orleans, adoptó á propuesta del Dr. F. Allport una resolución encareciendo á los Consejos de Educación, los Consejos de Salubridad y las Legislaturas de los Estados de la Unión, la conveniencia del examen de la vista y el oído de los niños de las escuelas de este país, tanto á su ingreso, como cada año al comenzar las labores.

Siendo la *American Public Health Association*, una asociación internacional que tiene representantes y acción sobre los cuatro países de la América

1 School Hygiene. Norris & Oliver, System of Diseases of the Eye. Vol. II.

del Norte, sería de desear que con su gran autoridad adoptase también resoluciones semejantes y las recomendase á las autoridades escolares y sanitarias y á los Gobiernos de dichos países para su ejecución práctica. Esto seguramente influiría de una manera notoria en la conservación de la salud de los ojos de los niños y evitarían á las escuelas el reproche de ser un instrumento de degeneración física en vez de un medio de cultura esencialmente civilizador.

Tengo, pues, la honra de someter á la deliberación de la Asociación, la siguiente

PROPOSICIÓN.

Siendo la vista y el oído de los niños de las escuelas, de valor inestimable para su porvenir, y estando probado que la vida escolar agrava los defectos visuales, así como también que la falta de cuidados convenientes empeora las afecciones del oído, retardando ambos estados los progresos de la enseñanza y conspirando contra la salud del niño.

SE ACUERDA: que la *Asociación Americana de Salubridad Pública* recomiende á las diversas autoridades escolares, Consejos de educación, Consejo de Salubridad, y si fuere posible á los Gobiernos de los Estados Unidos de América, la República de México, el Dominio del Canadá y la República de Cuba, adopten las medidas necesarias para que se practiquen exámenes de los ojos y los oídos de todos los niños de las escuelas, con objeto de que se instituyan los tratamientos convenientes para remediar los defectos de los órganos visuales y auditivos.

SECCIÓN XVII.

TERAPÉUTICA

LA NEUMONÍA.—TRATAMIENTO Y YUGULACIÓN.

De todas las enfermedades que por distintas vías y por diferentes procesos son el factor indispensable para el cumplimiento de la inmutable ley de la naturaleza, es sin duda alguna la neumonía una de las que más frecuentemente cumplen en todas las regiones del globo pero principalmente en México, su siniestro cometido.

Es por esto por lo que con especial empeño fijamos nuestra atención en los trabajos que sobre este azote de la humanidad escriben los clínicos que nos son más ó menos conocidos. Por esa causa hemos leido el artículo del antiguo conocido nuestro el Dr. Salivás, de París, publicado en la «*Revue d'alcaloidothérapie*» del mes pasado.

Comienza su artículo citando las palabras de otro terapeuta distinguido, el Dr. Toussaint, que ha asentado las siguientes afirmaciones:

«Que la neumonía, sea aguda ó crónica, primitiva ó secundaria, lobar ó lobular, catarral ó infecciosa, fibrinosa ó caseosa y ya sea que se desarrolle en un solo pulmón ó en ambos y que ataque á un niño, á un adulto ó á un anciano, es sin duda alguna de todas las afecciones inflamatorias, la que más en relieve pone el valor de la medicación alcalóidica y en particular el de la aso-

ciación llamada: *Trinidad dosimétrica*, ó sea la asociación de la Aconitina, la Digitalina y la Estricnina.

«Toda afección de este género, tratándose sobre todo de una neumonía fibrinosa *á frigore* atacada vigorosamente desde el principio *entrará en resolución 90 veces sobre 100 al cabo de 48 horas*. La enfermedad yugulada en su primer período no presentará período de hepatización ni período de supuración.

«Millares de casos y observaciones clínicas de prácticos experimentados y concienzudos y honorables, lo han comprobado y lo comprueban diariamente de una manera irrefutable. Nosotros mismos podríamos citar centenares de casos en que la yugulación se ha obtenido logrando una curación rápida de esta enfermedad tan temible y mortífera en los niños y en los ancianos é individuos debilitados.»

Cuando médicos de reputación establecida con antecedentes de honorabilidad y competencia, lanzan una afirmación tan perentoria, es preciso detenerse y cuando menos tomarse el trabajo de comprobar en el terreno clínico la verdad de sus asertos.

El Dr. Salivás cita algunas observaciones que rápidamente vamos á extractar.

PRIMERA OBSERVACIÓN.—M. P., empleado, se siente enfermo el 16 de Diciembre del año pasado (1902). Es débil, constipado y de mala constitución. El día 17 temperatura de 39,8 y un pulso sumamente frecuente: tose bastante, sufre una fuerte disnea y se queja de un punto doloroso en el costado derecho: cefalalgía intensa, sed, anorexia, vómitos en la noche anterior y presentando sus tegumentos un tinte ictérico acentuado.

El diagnóstico era sencillo: *Neumonía aguda* debida á un enfriamiento de la víspera. Instituí desde luego el tratamiento siguiente:

Dominante: Cataplasmas sinapizadas en el pecho y en la espalda del lado derecho, cada 3 horas. Trinidad dosimétrica cada media hora.

Variante: Codeina para calmar la tos (2 grán. cada cuarto de hora). Cafeina, por la cefalalgia, 20 grán. en el día. Una cucharada de Sedlitz granulado y 4 grán. de podofilina para combatir la constipación. Grogs calientes para apaciguar la sed.

Cumplidas con exactitud estas prescripciones obtúvose en la misma noche un descenso de temperatura á 38, pero por síntomas de intolerancia de la medicación fué suspendida la trinidad alcalóidica.

El 18 en la mañana la fiebre aumenta, 39,2; impónese de nuevo el tratamiento vigoroso y se obtiene el mismo resultado, descenso de la temperatura. Pero al día siguiente la temperatura vuelve á elevarse; valientemente se impone el tratamiento activo ya bosquejado y al cuarto día vuelve la temperatura á la normal, los demás síntomas se amenguan, los estertores crepitantes sólo se dejan oir en la inspiración desde el tercer día; los esputos rubiginosos desaparecen y el estado general del paciente es bueno estableciéndose una franca convalecencia. Este individuo, sin embargo, tenía una constitución deplorable, pues la constipación tenaz que padecía era causada por un cáncer del intestino que lo hizo sucumbir pocos meses después.

OBSERVACIÓN SEGUNDA.—Sra. E...., anciana de 75 años, atacada en Enero de 1903 de una neumonía doble por enfriamientos sucesivos.

La medicación activa defervescente fué asimismo instituída desde el 15 de Enero y en unos 4 ó 5 días logró llevar la temperatura á la normal. En este caso por la adinamia alarmante de la enferma fué necesario reforzar la medi-

cación con el hidroferrocianato de quinina y mayores dosis de estricnina que las usuales comprendidas en la medicación defervescente que sintetiza la triple asociación alcalóidica denominada Trinidad dosimétrica.

En este caso las circunstancias eran también poco favorables por la avanzada edad de la enferma y la duplicidad de la lesión. La enérgica medicación adoptada sin embargo, triunfó de la enfermedad aunque el estado ulterior de debilidad en que necesariamente la colocó tan rudo ataque necesitó el tratamiento reconstituyente debido.

Las dos observaciones relatadas por nuestro distinguido colega el Dr. Salivás no es en verdad el relato de un hecho que nos sorprenda por su novedad. Existen en la literatura médica contemporánea un número ya considerable de hechos clínicos que demuestran de un modo irrefutable la posibilidad de yugular algunas enfermedades que durante mucho tiempo han sido consideradas como inevitablemente sujetas á determinado ciclo.

Nosotros recordamos que hace algunos años el distinguido Profesor y distinguidísimo terapeuta, el Dr. Germán Seé, defendió ante la Academia de Medicina de París, la perfecta posibilidad de yugular el tifo y la fiebre tifoidea, cortando y abreviando su marcha habitual. Para ello adujo, según recordamos, además de los hechos clínicos probatorios razones científicas de peso.

La trascendental cuestión del verdadero mecanismo de la fiebre dependiendo de la admisión de tal ó cual teoría termógena, es aún una cuestión no definitivamente resuelta y por ello se encuentran en la actualidad divergencias radicales entre los prácticos.

Sin querer en manera alguna resolver el árduo problema sobre el cual debemos esperar arrojen clara luz las modernas investigaciones bacteriológicas y bio-químicas, sí creemos que el combatir la fiebre es actualmente la vía generalmente adoptada por la inmensa mayoría de los terapeutas del mundo entero.

Verdad es que con frecuencia podemos observar neumonías gravísimas en los ancianos sobre todo, que evolucionan y por lo común llegan á un desenlace funesto, sin que en su curso hayamos observado una alarmante hipertermia; pero es por regla general, una alta temperatura el síntoma alarmante y correlativo de la mayor ó menor extensión de la flegmasia y de la gravedad.

Los casos relatados por el Dr. Salivás no son ciertamente una novedad para aquellos que por largos años hemos hecho uso de la terapéutica alcalóidica y hemos tenido la oportunidad de ver los efectos de una medicación vigorosamente sostenida.

También nosotros pudiéramos citar hechos clínicos de igual género en que con una terapéutica semejante á la preconizada en las líneas anteriores, hemos obtenido resultados en extremo halagadores.

En ésta como en todas las cuestiones de terapéutica aplicada jamás pretenderemos, como nadie tiene el derecho de pretenderlo, que nuestras aseveraciones sean admitidas sin la debida comprobación clínica, pero sí desearíamos que en los casos análogos se emplease una medicación que evidentemente da resultados superiores á los tratamientos tradicionales que por fortuna van cayendo rápidamente en desuso y justísimo desprestigio.

DR. E. L. ABOGADO.

TRATAMIENTOS ALCALÓIDICOS

Uno de los adelantos que sin duda alguna deben figurar en el haber de la Terapéutica en el último tercio del siglo que acaba da terminar, es sin disputa la adopción de un número ya considerable de alcaloides, cuyas propiedades bien estudiadas y definidas nos han permitido instituír tratamientos activos. Los beneficios inmediatos que de ellos se obtienen y la seguridad de poder vigilar su acción llevando su administración hasta el límite necesario, con mucha mayor seguridad que con las antiguas medicaciones, nos hace referir hoy los dos casos siguientes, probatorios entre otros muchos de la superioridad de estos agentes de la terapéutica moderna.

Observación primera.—Refiérese ésta á una señora de 28 años de edad, anémica, nerviosa y multípara, á quien asistí de un aborto en el tercer mes, de tal manera grave que estuvo este incidente á punto de hacerle perder la vida.

El cuadro que se me presentó cuando fuí llamado para atenderla, fué el siguiente: palidez intensa, extremidades frías, nariz afilada, respiración sincopal, desaparición del pulso en la radial, rotación de los ojos hacia atrás y relajación completa de los músculos. Después de una serie de inyecciones alternada de éter y cafeina y de hacer la revulsión en diversos lugares, logré, aunque con dificultad, sacarla de aquella terrible situación. Estos medios y el taponamiento vaginal renovado durante cuatro días, puso término al fin á la rebelde hemorragia.

Pocos días después, sin embargo, tuvo un gran ataque convulsivo de histeria y más tarde los síntomas siguientes: Frecuencia de las micciones, gran tenesmo y dolor durante la micción; el chorro sale con mucha fuerza y el sufrimiento se prolonga después de encontrarse vacío el receptáculo urinario. Los accesos dolorosos en el hipogastrio vienen de una manera irregular y sin causa apreciable. La orina es clara, no deja sedimento y no tiene mal olor.

Los antecedentes de la enferma y los síntomas referidos me hicieron diagnosticar un espasmo del cuello de la vejiga de origen histérico, que no podía atribuirse á una cistitis cantaridiana porque la revulsión que le hice en los momentos de gran peligro, fue únicamente con sinapismos. Por otra parte siéndome conocidos perfectamente los antecedentes de esa respetable señora y del señor su esposo, tampoco me era posible atribuírlo á cualquiera otra causa. El examen de la etiología también buscado en la orina, no señaló tampoco ninguna otra, pues no se encontraron glóbulos purulentos ó celdillas epiteliales de la vejiga, teniendo en cambio en grande abundancia *cloruros* y *fosfatos*. Para combatir ese estado dí sucesivamente á mi enferma bromuros, valerianatos, belladona, beleño, antipirina, piramidón y toda esa serie de medicamentos recomendados sin obtener el menor alivio. Como último recurso apelé á la asociación tan recomendada por los dosímetras, «estricnina, hiosciamina y morfina» y desde el primer día que tomó esa prescripción logró retirar sus molestias por 24 horas, tomando por total ese día 1 y medio milígramo de estricnina, 1 de hiosciamina y 4 de morfina. Los dolores con la intensidad primitiva no volvieron, pero cuando de nuevo la amenazaban siempre eran dominados con la misma dosis de la misma asociación de alcaloides. La seño-

ra ya curada se ausentó de esta población y no he vuelto á saber de su estado ulterior.

OBSERVACIÓN SEGUNDA.—Este caso pertenece á un individuo de 27 años de edad, músico, que me consultó sobre una fisura del ano con su correspondiente y dolorosísimo espasmo. Propúsele desde luego la dilatación forzada que aceptó inmediatamente como hubiera aceptado cualquiera otra cosa que le desembarazase de sus terribles dolores. Por ocupaciones imprescindibles tuve que aplazar la operación para tres días más tarde y entre tanto le prescribí la misma asociación de los alcaloides citados en el caso anterior (estricnina, hiosciamina y morfina). Cuando el día fijado me presenté para ejecutar la intervención, ya rehusaba ésta por la notable mejoría que con los gránulos había experimentado. Convencido sin embargo, de que la dilatación era el único tratamiento definitivo la ejecuté con buen éxito; pero debo hacer constar que fué verdaderamente notable el efecto producido por el tratamiento alcalóidico impuesto.

Jalapa, Febrero de 1904.

DR. FERNANDO OCARANZA.

EL SEBO COMO AGENTE TERAPÉUTICO

Voy á tratar del sebo como agente terapéutico, único, insustituible, si no es aunque mal, por la manteca de cacao; hablo en serio.

Los médicos de la metrópoli, tienen tanto que hacer, y tantos estudios de actualidad que emprender, que no pueden fijarse en muchas pequeñeces y sin reflexión aceptan unas, las bien apadrinadas, y desechan otras por vulgares. Nosotros los provincianos, los que de política ú otros asuntos no nos ocupamos, tenemos tiempo sobrado para meditar y si no aprovechamos más es porque nuestra celdilla es lenta en vibraciones.

Creo yo (y como yo habrá muchos, estoy seguro) que de algo al parecer inútil puede sacarse poco ó mucho útil; y la mejor prueba de ello es la noticia que nos dan los Naturalistas del último Congreso de Dresde, haciéndonos conocer que la destilación de las materias fecales humanas produce un alcohol etílico igual al de papas ó granos, y que se obtiene con más economía por no necesitarse mosto ni levadura, y con esta idea, me fijo en lo que las viejas dicen, lo medito y algunas veces encuentro acertadas sus aseveraciones.

Hay toses tenaces laríngeas que es muy difícil dominar con la heroína, codeína, etc., si no es dando dosis que pueden ser dañosas ó cuando menos producir grandes trastornos, y en los niños son tan peligrosas estas substancias que yo prefiero usar las inhalaciones de cloroformo, pero estas no pueden confiarse sino á escasas personas y no siempre el médico puede estar al lado del enfermito para aplicarlas cuantas veces sea necesario.

En estos casos un *remedio de viejas*, sencillísimo, tan sencillo que tal vez por eso los médicos no se han fijado en él, da resultados sorprendentes.

En una taza de infusión de cualquiera planta inocente, de las que comunmente se usan como té, y bastante caliente para mantener fluido un pedazo de sebo (de bujía es preferible por no dejar residuos y no importa su tamaño, pues si es demasiado grande sólo tiene el inconveniente de ser repugnante al

gusto), se pone el sebo que si no está en gran cantidad no da mal gusto á la bebida y se toma.

Pocos momentos después la tos que tanto molestaba deja de hacerlo.

Al parecer sería una tontera emplear el sebo para toses que necesitan repetidas dosis de medicamentos activos. ¿Cómo obra el sebo en estos casos? Fué la pregunta que me hice alguna vez que oí á una anciana recomendarlo, y reflexionando sobre ello recordé que viajando por la frontera me he visto obligado por la falta de manteca de puerco á tomar algunos alimentos preparados con la de res que contiene mucho sebo y que dos ó tres horas después todavía tenía una capa de esta substancia adherida á la bóveda palatina y en casi toda la mucosa bucal, y deduje que igualmente se formará este barniz protector sobre la laringe, en cuyo caso el aire no la irrita, no produciendo por consiguiente el reflejo, y entrando en reposo esta mucosa acaba por sanar.

Y siendo el sebo la única grasa que adhiere á las mucosas por largo tiempo, es razonable por lo mismo usarlo con este objeto, y desde entonces lo recomiendo con beneplácito de mis enfermos y mio.

Recuerdo que alguna vez, un tuberculoso por mala inteligencia tomaba una cucharada de sebo fundido tres ó cuatro veces diarias y me dijo cuando lo volví á ver que se había aliviado mucho de su tos desde que usaba el sebo en cucharadas y aunque yo le dije que no necesitaba tomar tan grandes cantidades me aseguró que como no le mortificaba hacerlo, iba á seguir usándolo de la misma manera.

Ciudad Porfirio Díaz, Febrero 17 de 1904.

DR. R. ORTEGA.

SECCION XIX.

PALUDISMO Y PROFILAXIA.

SANEAMIENTO DE LUGARES MALARIGENOS.

Notas de mi carnet.

Plenamente demostrado que el *amœba malariæ*, causa del paludismo, es un parásito del mosquito anofelo, y que sólo ocasionalmente vive en el hombre, claramente se deduce que para extinguir el paludisno es indispensable, primeramente, exterminar al anofelo. La guerra al anofelo, es, pues, la guerra al paludismo.

Perseguir la enfermedad, significa cumplir con el humanitario deber de salvar á algunos hombres; pero dejando en pie é incólume la causa, y, lo mismo que antes, expuesta á la humanidad.

Es cierto que cada enfermo de paludismo es una fuente de contagio, y que *se ve* que el anofelo toma sólo del hombre los gérmenes de la infección; pero la lógica obliga á presumir que puede también tomarlos de otra fuente que *no se ve*, que actualmente no se conoce. Puesto que el *amœba* es parásito propio del anofelo, y en el hombre jamás llega á ser perfecto, no pudo tener por primitivo origen al hombre; y puesto que en el anofelo tampoco se ha proba-

do que exista primitivamente,[1] es de suponerse que en los lugares que habita y frecuenta el anofelo, debe existir la primitiva amæba.

Empero las experimentaciones hasta aquí llevadas á cabo, demuestran que el hombre no recibe de otra fuente el paludismo que del anofelo. La ingestión de aguas pantanosas, su inyección por la vía hipodérmica en el hombre; la respiración de los gases, etc., etc., han dado resultados negativos.

Queda, sin embargo, como muy probable, casi segura, la existencia del amæba primitivo, fuera del hombre y del mosquito; pero la vehiculación queda irreprochablemente comprobado que sólo se hace por medio del mosquito anofelo para el hombre.

Cierto que la inoculación de sangre palúdica, de hombre á hombre, y entre las aves, ha dado positivos resultados; pero este medio es enteramente excepcional, para tomarse en consideración, al tratarse de la trasmisión y extinción del paludismo.

Hay, pues, que hacer la guerra, y una guerra sin tregua, por todos los medios, en todo tiempo y á toda costa, al vehiculador mosquito, y al conservador ó sospechado incubador de la supuesta amæba primitiva, al pantano.

Y esta solución comprende la de otros dos problemas: el de la extinción de la fiebre amarilla, de cuyo desconocido germen, fermento ó toxina, es vehículo el mosquito *stegomya fasciata*, y el de la extinción también de un grupo indeterminado de enfermedades producidas por parásitos, que conducen igualmente los mosquitos (la filiaria, el tricophyton, etc., etc.).

Para comenzar la campaña precisa orientarla bien y fundarla en sólidas obras que la hagan fructuosa y estable. En vano será que los sabios parasitólogos descubran la acción nociva del polvo de crisantemo, que el químico compruebe la acción deletérea del sulfuro de carbono y del ácido sulfuroso, para matar estos insectos; como vana será la tela de alambre que nos ofrece el ingenioso mecánico, si no atacamos al enemigo en su cuna. La persecución del mosquito en la atmósfera (tratándose de extinguirlo) es ilusòria.

Hay que atacarlo en su cuna: *en el pantano.*

Para ello importa también perseguir las antihigiénicas costumbres que favorecen su procreación; exigir la extinción de charcos y pantanos que dan abrigo á sus larvas, en casas y ciudades; la incineración ó transporte á gran distancia, de las basuras, cuyos fermentos quizá dan origen al *quid* amarillígeno, pero que de todos modos vician la atmósfera en casas, calles y ciudades, debilitando así, por otros medios, la resistencia orgánica de los pobladores.

De todos modos debe comenzarse por conocer y hacer conocer á los colaboradores en tan magna obra, todo lo que se refiere á la vida y costumbres del mosquito, lugares que habita, medios de nutrición, condiciones que le son favorables ó nocivas, etc., etc.

En cuanto á la campaña, en general, soy de opinión, y fundo ésta en directas experiencias, que se comience por los detalles, partiendo de lo peque-

1 He cultivado mosquitos hijos de hembra infectada, y aplicando los rigurosos procedimientos del caso, jamás he podido encontrar el parásito: cuando en las hembras de donde procedían, y en otras, lo he hallado con relativa facilidad.

ño, de las minuciosidades, á los grandes medios, á los supremos recursos. ¡Cuántas veces un detalle insignificante, olvidado de remover, impide el funcionamiento de una máquina, por perfecta y grandiosa que se le suponga!....

Y esto pasará con el saneamiento de nuestras costas, pueblos y ciudades paludígenas. ¿De qué sirven las colosales obras de drenaje, las costosas desecaciones de lagunas y grandes pantanos; si en cada casa hay cien pequeños focos de infección, mil diversos viveros de larvas de mosquito? En vano se nivelarán calles, y se suprimirán los peligrosos cultivos del arroz, de la caña y del pará, en torno de las poblaciones: cada casa cuyo frontispicio se tomaría por el del Templo de la Salud, encierra aguas en putrefacción, olvidadas de arrojar al colector; depósitos de agua limpia, consentidos porque no huelen mal, y donde cómodamente viven millones de larvas de mosquito. Y no quiero hablar de las casas de los pobres, de los desheredados..... porque no sería bastante á detallar sus faltas de higiene, un artículo como el presente.

Es, pues, necesario comenzar por crear una ley ó disposición emanada de la Primera Autoridad del Estado, que haga obligatoria la creación de Juntas de Sanidad, y autorizar á éstas para que practiquen visitas domiciliarias. Estas juntas practicarán la visita por comisiones de dos miembros, y llevarán un registro minucioso en que conste cada una de las deficiencias higiénicas halladas, las disposiciones que se dictaron y el plazo que se señaló para cumplir éstas. Si llegado el plazo las deficiencias subsisten, la Junta impondrá una multa que la Prefectura hará efectiva.

De las deficiencias que se encuentren en calles y sitios públicos, se encargará el Ayuntamiento, previa designación de aquellas por la Junta.

Como muchos de los habitantes no pueden expensar los gastos que el subsaneamiento de estas deficiencias les impone, las Juntas harán estos gastos de los fondos que para el objeto y por adecuados medios recaben.

En cuanto á los medios que deben emplearse, éstos surgen del conocimiento de las costumbres, medios de vida, etc., de los mosquitos, á cuyo fin van encaminadas estas líneas.

Dejando aparte la clasificación y descripción anatómica del anofelo, sólo haremos constar que los de este género, son mosquitos de talla media, generalmente color sepia, ó con manchas de color leonado. Los palpos son más cortos que la trompa en las hembras, iguales á la trompa en el macho. Son poco ruidosos en su vuelo, y la acometida (de la hembra) es rápida. Al posarse toman una postura casi vertical con la superficie que los sustenta—en donde prenden sus uñas, mejor dicho.—Las hembras ponen de 200 ó 400 huevos, y mueren poco después. Buscan para su postura las aguas limpias y dulces, y las larvas se distinguen de las demás, en que respiran colocando el cuerpo en posesión paralela á la superficie del agua. Se nutren con los infusorios que hallan en el agua, y son tan carniceras que atacan á los mosquitos en el momento de dejar el zurrón linfal, mutilándolos muchas veces.

Los que hasta ahora están incriminados como agentes trasmisores de enfermedades, en esta familia, además del género anofeles para la malaria humana, son: transmisores de la filiaria, *C. Faligans*, *A. Rossii*, *A. Funestus*, *A. Costalis* y *A. Nigérrimus; el Stegomya Fasciata*, y *ciertos Panopliteos*. Para la fiebre amarilla el *stegomya fasciata*.

Viven en el estado larval, de 30 á 45 días, según que la temperatura es

baja ó alta, y apenas 3 á 5 en el estado de ninfas, para morir 15 ó 18 después, si no invernan. Por término medio la vida de un mosquito es de 2 meses; y así, en nuestros trópicos, cada mosquito da 6 generaciones en un año. Suponiendo una puesta media de 300 huevos y de éstos 100 hembras, resultaría que una sola en un año daría origen á un billón de hembras transmisoras del paludismo..... si todas pudieran ser infectadas y no perecieran en la enorme proporción en que también perecen, perseguidos por los innumerables enemigos con que cuentan.

Una vez fecundada la hembra, siente la necesidad orgánica de chupar sangre, para subvenir á las expensas de la ovulación; y mientras se verifica la postura, la hembra persigue á hombres y animales.

En los países fríos, si durante la ovulación es sorprendida por el invierno, no hallando agua libre para depositar sus huevos, inverna. Pasa aletargada hasta 5 meses, y en cuanto las aguas quedan libres por el deshielo, deposita sus huevos y muere.

Pero esto no pasa siempre así, pues llegado el caso suele poner en las ropas de una habitación, en los muebles, sobre las hojas de los árboles, etc. Yo he recogido de la cortina de un guardarropa, huevos que, puestos en agua, han dado origen á anofeles.

Los mosquitos viven casi siempre cerca del agua, gustan más de la oscuridad que de la luz; temen al viento, y cuando el aire es violento, se refugian en los escondrijos oscuros.

Hay un error, que es importante rectificar, en creer que los mosquitos son llevados por el viento. Siendo de muy delicada constitución y teniendo un cuerpo tan pequeño, no pueden modificar la dirección que el viento les imprime y perecen heridos por las partículas sólidas que el viento arrastra consigo, y que llevando más velocidad chocan con sus alas y las destrozan, ó al tropezar con los obstáculos que no pueden evitar.

Experiencias adecuadas, que de referirlas harían muy extenso este artículo, me han demostrado lo siguiente:

Durante los grandes vientos se recogen menos mosquitos en las trampas, que durante las velocidades moderadas.

Se cogen más á una altura de dos metros, que á una de cuatro, y no se capturan sino muy raros á una altura de seis metros.

Si entre el pantano donde abundan los mosquitos y la trampa (soplando el viento de aquella á esta dirección), hay una superficie desnuda de vegetación—el mar, por ejemplo—no se recoge ejemplar alguno; si hay alguna, pero muy escasa y baja—playa—se recogen muy raros ejemplares; pero si la vegetación es alta y no escasa, aunque la distancia sea de una milla—única à que he podido operar—se recogen abundantes ejemplares.

Los anofeles son más bien nocturnos, pero su actividad cesa con el frío de las primeras horas de la mañana. Al contrario de la luz natural, la artificial los atrae, y la completa oscuridad y el silencio, hacen cesar su actividad.

El *stegomya* es vesperal, pero sólo en el campo: en las habitaciones he recogido mosquitos de esta especie durante el día y durante la noche.

De estos breves apuntes se deduce la lógica del procedimiento aplicado hasta ahora, para extinguir las larvas, que es la única forma en que el mosquito puede ser destruído: el empleo de una capa de petróleo sobre el agua, que impida respirar á las larvas. La cantidad proporcional puede fijarse en una onza para una superficie de 6 metros por lado, durando esta capa, al aire libre, hasta 6 días y 15 al abrigo. El petróleo usado es el crudo, que tiene un costo mínimo. He usado también la lechada de cal para esterilizar los pantanos, con muy buen éxito.

Igualmente se deduce del conocimiento de las costumbres de estos insectos, que los depósitos de agua, sea cual fuere su tamaño y pureza, favorecen mucho la reproducción de los mosquitos, pues sin ellos, sin el agua, los huevecillos se pierden.

Esta verdad ha sido demostrada en el puerto de Manzanillo, donde por la escasez de agua y su alto precio, los habitantes guardan el mayor tiempo posible el agua recogida de las lluvias. Dado el calor de nuestro clima y la circunstancia de que las vasijas del agua se guardaban en la misma pieza que sirven de dormitorio, hacia tan fecundas las posturas como imposible de extinguir la fiebre amarilla, que durante 5 ó 6 meses del año cegaba la vida de los no aclimatados, ó como parece admitirse, no semi-inmunizados. Coincidiendo con las obras de saneamiento emprendidas por una Junta de Sanidad, vino la providencial determinación del Jefe de las Obras del Puerto, que dispuso se diera agua gratuitamente á las familias de sus empleados (que constituyen casi toda la población de Manzanillo), y la fiebre ha suspendido su aparición desde Febrero de 1903 á la fecha. Es ocioso decir que el número de mosquitos ha disminuído considerablemente. La estación lluviosa, además, fué de muy breve duración.

Si los desechos de todo género, que constituyen la basura, son en general peligrosos de retener en los corrales de las casas, en el caso del endemismo amarillo son un factor que debe tenerse muy presente. Observando las costumbres del *Stegomia*, se le halla muy frecuentemente cerca de las basuras mojadas (desechos de cocina, de verduras del mercado, etc.). ¿Qué busca y qué halla allí?.... A este particular se ha dedicado también en Manzanillo un especial cuidado, haciendo un barrido general de *todo el poblado y sus alrededores*.

Volviendo al estudio de las costumbres del mosquito, hemos dicho que el viento no conduce ó no favorece el transporte de ellos del pantano al poblado, sino á condición de que sea moderado y hallen estos insectos arbustos ó vegetación baja en su tránsito. De aquí se deduce que entre las medidas profilácticas debe incluirse la de extirpar toda vegetación, exceptuando los árboles cuya caña se alce más de dos metros, y siempre que no existan muchos de éstos entre el pantano y la población.

Otra de las muy importantes medidas que deben tomarse, es la de suprimir las fuentes de contagio. Para esto débese suministrar gratuitamente la quinina á los indigentes, y establecer expendios á muy bajo precio para los demás.

El cálculo siguiente deben tenerlo muy presente los Ayuntamientos, Juntas de Caridad y los mismos médicos, á fin de ahorrarse tiempo y dinero.

Calculando que en la clientela que estaba bajo mi cuidado, tenía que hacer cuatro visitas diarias gratuitas, que me quitaban dos horas diarias, cuando menos, de mi tiempo más ocupado, y cuando menos 25 centavos en medicinas

de mi botiquín particular, resolví repartir diaria y gratuitamente dosis de quinina á todos los enfermos, que revistaba en poco más de una hora, recorriendo los *jacales* de los pobres. Durante una semana las cosas no fueron como las imaginaba: trabajé más tiempo, gasté más y recogí no pocos disgustos. Pero dos semanas más tarde, y un año hace de esto, muchos son los días que no gasto un centavo en mi obra, y que no hallo un solo enfermo en mi *paseo médico*.

Si los Ayuntamientos calcularan lo que se ahorra con este método, en estancias de hospital, botica y médico y.... camposanto, creo que no vacilarían en aceptarlo.

Para concluir este punto, he aquí una nota estadística que habla muy alto:

Defunciones por paludismo registradas en Manzanillo durante el año de 1902.	72
Durante el de 1903, por igual causa.	40
Diferencia en favor del año de 1903. . . .	32

Treinta y dos es el número de defunciones evitadas; el de enfermos es fácil calcularlo.

***

Como la diminución de la resistencia orgánica es otro de los factores que importan muy considerable influencia en el paludismo y la fiebre amarilla, toda disposición gubernativa que tienda á morigerar las costumbres, es un elemento que ayuda á la extinción de estas enfermedades, pues no hay que olvidarlo: *disminuyendo las fuentes de contagio, disminuye el número de enfermos*. A este respecto, hay que combatir la perniciosa costumbre de la gente costeña—precisamente donde existen los grandes focos de vómito y paludismo—que consiste en procurarse todo género de distracciones por la noche. Basta decir que la empresa que en la costa da espectáculos en las primeras horas de la noche, se arruina. Las fiestas ó espectáculos comienzan después de las diez de la noche.

Para concluir estos apuntes debo de insistir en que, quien quiera conocer la extensión que el paludismo y la fiebre amarilla han tomado en nuestro país, debe prescindir de la clasificación que acompaña á la estadística oficial de defunciones.

Para mí tengo por máxima este principio: *todas las poblaciones heridas alguna vez por la fiebre amarilla, que no han llevado á cabo su saneamiento de una manera científica y perfecta, la conservan como un endemismo más ó menos floreciente*. Y esta otra: *dudo mucho que exista un 10 por 100 de poblaciones en nuestro país, que no tenga la endemia palustre*.

Manzanillo, Febrero de 1904.

DR. J. F. ROMERO.

SECCION XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

(CONTINÚA.)

Veamos, pues, cuáles son esas hipótesis.

La primera, después de la que hemos indicado ya, es la de suponer que las enfermedades vienen de una *alteración invisible é inmaterial en los órganos*, aserción que, si bien es contraria á lo que cada día enseña la experiencia y la observación, que en el mayor número de casos nos muestran la lesión orgánica al lado del síntoma, tiene, sin disputa, la ventaja de dispensar al que la profesa, de un estudio á la vez penoso, lento y difícil, cual es el estudio de la anatomía normal y patológica, lo cual, sin duda, es no corto aliciente para los que desean improvisarse *Doctores en Medicina.*

La segunda hipótesis fundamental de la Homeopatía, establece: que los medicamentos deben obrar con tanta mayor energía, cuanto más pequeña sea la dosis que de ellos se administre, y de aquí el precepto de propinar dosis infinitamente pequeñas bajo el pretexto de que, siendo el origen de las enfermedades una *alteración inmaterial* del *principio inmaterial* que preside á los actos del organismo, no se requiere que el medicamento tenga una forma material sensible para que pueda obrar sobre aquél, y antes bien, la substancia medicamentosa, á fuerza de fraccionarse, se acercará más y más al estado inmaterial, y haciéndose así cada vez más semejante al principio sobre el cual debe ejercer su acción, gana en energía lo que pierde en materia. De manera que, en rigor, lo más acertado sería, según esto, no administrar remedio alguno, porque cualquiera que sea el grado de división á que se lleve la materia, nunca podrá establecerse entre ésta y el espíritu, no digo ya una identidad, pero ni la más remota semejanza; y la *intención* de dar un medicamento ó de recibirlo, debía ser infinitamente más eficaz, porque este acto del alma debe tener más afinidad de naturaleza con ella misma, que esas dosis fabulosamente diminutas que los homeópatas propinan tan pomposa como irracionalmente.

Para que se tenga una idea del punto á que ha podido llegar la exageración sistemática de la hipótesis que nos ocupa, voy á referir el modo con que en sentir de la Homeopatía se deben preparar los medicamentos para que adquieran su último grado de actividad curativa: Tómese un grano de una substancia medicamentosa cualquiera (de opio, por ejemplo); disuélvase en noventa y nueve granos de agua destilada, perfectamente pura, teniendo cuidado de agitar el líquido; tómese luego un grano de esta primera solución y disuélvase de nuevo en otros noventa y nueve de agua, con las mismas cualidades y precauciones que en la vez anterior, y se tendrá el medicamento en su segunda *dilución*, en la cual cada grano del líquido obtenido contiene la diezmilésima parte de la substancia activa primitiva (del *grano de opio* en nuestro caso). El lector cree, sin duda, que ya con esto el opio habrá quedado suficientemente diluído para contentar la susceptibilidad de los señores homeópatas, supuesto que, administrando dicho líquido por gotas, *una cada hora*, se necesita emplear

cerca de catorce meses para llegar á consumir el grano de opio; pues nada menos que eso; se necesita todavía repetir la operación unas veintiocho veces, para lograr así la treintava dilución, en cada gota de la cual hay disuelta una fracción de grano, cuyo denominador sería representado por un uno seguido de sesenta ceros 1000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000. (!!)

Hanhemann creyó que era necesario detenerse aquí, para no AUMENTAR indefinidamente la fuerza del medicamento; porque, *con excepción del vino y el alcohol, todos los otros remedios, en vez de debilitarse, adquieren más fuerza cuando se diluyen en un líquido* (pàg. 324). Pero sus discípulos han osado llevar la *atenuación*,[1] y por consiguiente, la FORMIDABLE ACTIVIDAD de las medicinas, hasta un grado que excede los límites de la imaginación; así, Korsakoff (de San Petersburgo) aconseja hacer mil quinientas diluciones, con cuya serie de operaciones se llega á una fracción que no tiene nombre en ningún idioma, y que exigiría tres mil ceros para ser representada. ¡Una gota de láudano disuelta en toda el agua de los mares, daría todavía una solución infinitamente más concentrada que la que por este medio se llegaría á obtener![2]

Pero me equivoco al decir que Korsakoff ha ido más allá que el mismo Hanhemann, porque éste ha previsto el caso de una persona muy susceptible, y entonces aconseja que se haga respirar al individuo un frasco que contenga un globulito del tamaño de un grano, de mostaza mojada en un líquido medicinal (30ª dilución). «Después que el enfermo ha olido, se vuelve á tapar el frasco y puede así servir por muchos años, *sin perder sensiblemente nada de su virtud medicinal*» (pág. 323).

¡Sin perder nada de su virtud medicinal....! ¡Ya lo creo! Sobre todo si se trata de medicamentos como el carbón, la siliza ó la platina, tan fijos como insolubles, pero que tan fecundos se muestran en resultados en los libros de los homeópatas, como veremos adelante.

La fuerza, dicen, que en cada dilución adquiere el remedio, no dependé sólo de su dilatación en el agua, sino del frotamiento que se le hace experimentar al agitarlo. Hanhemann, por lo mismo, no quiere que se den á cada uno de los treinta frascos más de *dos sacudidas, levantando el brazo en alto y bajándolo con fuerza*, para no aumentar la energía del remedio *más allá de todo límite* (pág. 325).

La *atenuación* homeopática puede hacerse también por la vía seca, empleando polvo de azúcar[3] en vez de agua, en las mismas proporciones que se han indicado y teniendo cuidado de triturar nada más por el espacio de *una hora* en cada mezcla, para que el *veintillonésimo* de grano del remedio que ha de contener cada *glóbulo* que se haga en la última atenuación, *no adquiera una actividad excesiva y* PELIGROSA (l. c.).

1 *Atenuación* es el término técnico con el cual, como se ve, el buen sentido ha triunfado de la idea sistemática, haciéndoles decir lo contrario de lo que quieren expresar.

2 Porque si suponemos una esfera líquida, cuyo radio fuera igual á dos veces la distancia que hay del centro de la tierra á la luna, todavía esta inconcebible masa de agua bastaría apenas para poder contener UN GRANO de un medicamento en su treintava atenuación, es decir, en aquella que sólo necesita sesenta ceros para ser expresada; ¡qué será entonces con la de tres mil!

3 Los homeópatas han elegido para este fin el azúcar que se extrae de la leche, no porque ella tenga alguna acción especial, pues, como hemos visto, lo que se busca es un vehículo inerte, sino probablemente porque esa azúcar tiene algo de extraordinario á los ojos del vulgo.

La tercera hipótesis supone que todos los medicamentos administrados en las dosis infinitamente pequeñas de que hemos hablado producen un conjunto de síntomas constantes, inequívocos y característicos, que son los mismos que están destinados á curar de un modo infalible.

Aquí el genio inventivo del ilustre alemán se ha elevado á una altura que puede rivalizar sin desventaja con el que fué necesario para discurrir las dosis infinitesimales. Basta leer la larga lista de los medicamentos y de los efectos que dizque cada uno de ellos produce, para acabar con la más robusta fe del más entusiasta adepto, siempre que aun conserve un resto de su razón y que quiera usar de ella en conciencia.

Yo no impondré al lector tan enojosa obligación, y sólo referiré dos ó tres que podrán servir para formarse una idea de los demás, que tengo por precisión que omitir.

Acetato de manganeso.—Tracciones en el músculo *biceps* (lagartillo), sensación de desgarradura *en el dedo medio de la mano izquierda*, y de heridas en la espinilla derecha.

Carbón vegetal.—Se pone uno corto de vista á los tres días de haber tomado el remedio; sobreviene un tumor en la frente, rojo y muy sensible; la encía se desprende de los dientes incisivos inferiores; palpitación muscular en la parte superior de los muslos; mal humor, disgusto de la vida.

Platina.—Ruido en los oídos, como de coches que pasan en un empedrado; si el alma está contenta, el cuerpo sufre, viceversa. El primer día, después de la administración del remedio, se pone uno sombrío; el segundo, todo se ve color de rosa; elevada opinión de sí mismo; se ve á los demás de pequeña estatura, y uno se mira más alto; se encuentra uno molesto y le parece que no cabe en su habitación, aunque ésta sea espaciosa.» (Biguel.)[1]

Después de esta enumeración indigesta de síntomas tan inconexos, sólo añadiremos por ahora que la platina y el carbón son cuerpos completamente insolubles, no sólo en el agua y en los líquidos de la economía, sino aun en los ácidos más concentrados; sólo el agua regia es capaz de atacar la platina; pero ni aun ésta tiene acción alguna sobre el carbón. ¿Cómo, pues, han de llegar estos cuerpos, administrados por la boca, á ponerse en contacto con todos los demás órganos para producir esas maravillas?

En cuarto lugar, en fin, y para dar definitivamente en tierra con todo lo que en la medicina puede llamarse ciencia, Hanhemann no quiere que se vea en cada enfermo sino los síntomas que presenta, pero sin tratar de averiguar cuál puede ser la causa inmediata de esas alteraciones funcionales, porque sería generalizar, y Hanhemann tiene horror á las generalizaciones, pues esto sería convertirse en *alópata*. Un enfermo tiene, por ejemplo, dolor de cabeza y calentura; que estos síntomas proceden de una simple indigestión ó de una inflamación del cerebro ó su cubierta, no hay para qué quererlo averiguar., supuesto que para curarlo sólo se requiere encontrar en el repertorio un remedio que esté marcado como propio para despertar dolor de cabeza y calentura. Otro se presenta al médico con una mano hinchada y adormecida, y éste se echará luego á buscar el específico que tiene la propiedad de *hinchar y adormecer una mano*, cuando sería más sencillo aflojar el brazalete que el enfermo

1 Ya daré al lector el medio de cerciorarse de la profunda falsedad de todo ese fárrago de síntomas.

acostumbra traer para contener el apósito de una fuente, y que esta vez se ha puesto más apretado que de costumbre y ha ocasionado todo el daño.

Para que no se crea que estas suposiciones tienen nada de exagerado, voy á copiar una de las pocas observaciones que ha publicado Hanhemann, en la cual se puede ver la profunda *simplicidad* de la medicina homeopática. Se pregunta al enfermo cuáles son sus padecimientos; se notan bien todos los síntomas que acusa, por disparatados que sean, y se busca después la substancia que á la dosis de un infinitésimo haya de producir un conjunto semejante, y... todo está hecho: la curación es segura é instantánea. He aquí la observación:

(Continuará.)

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Fisiología Humana, por el Dr. Luigi Luciani, Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma.—Versión castellana por P. Ferrer Piera.

La *Fisiología Humana* de Luciani es, por de pronto, la obra de Fisiología más moderna, tanto, que su publicación en castellano correrá parejas con la de la obra original, y en ella encontrará el lector las más recientes conquistas de la ciencia actual, que únicamente podría hallar hoy dispersas en revistas y monografías publicadas en distintos países, sin contar el gran caudal de hechos originales que el notable fisiólogo de Roma acumula en su libro. Además figura en cada capítulo una extensa bibliografía, aumentada al final de la obra con notas referentes á la bibliografía española, por el sábio catedrático de esta Universidad, Dr. Rodríguez Méndez.

Todos los importantes capítulos de la obra han sido tratados con una justísima extensión, ateniéndose principalmente á las cuestiones estrictamente fisiológicas, miradas siempre más desde el punto de vista médico que naturalista, haciendo una exposición metódica, sobria y didáctica en el desarrollo de toda la parte doctrinal, y mirando con predilección, sin omitir nada interesante de cuanto pueda tener la menor aplicación á la Medicina.

En la parte técnica, la obra del Profesor Luciani raya también á una altura notabilísima, trasluciéndose inmediatamente la mano del hombre que trabaja.

Esta obra, indispensable á cuantos médicos y alumnos se interesan por el desarrollo de una de las más hermosas é importantes bases de la Medicina, se publicará bajo las siguientes

CONDICIONES DE SUBSCRIPCIÓN.

Esta importantísima obra formará dos tomos en 4º mayor magníficamente impresos en papel superior é ilustrados con gran número de grabados en negro y en colores intercalados en el texto.

Se publicará cada diez dias por cuadernos de 40 páginas cada uno, al precio de UNA PESETA EN TODA ESPAÑA.

Se ha terminado ya el primer tomo y hemos comenzado á recibir las primeras entregas del segundo de esta importantísima obra.

PUNTOS DE SUBSCRIPCION.

Barcelona.—En este establecimiento editorial, calle de Valencia núm. 301, y en las principales librerías y Centros de Subscripciones.

Extranjero y Ultramar.—En las Agencias editoriales debidamente autorizadas por nuestra casa, y en la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA, Plaza de San Juan, núm. 17.

Bibliografía Científica.—Acaba de aparecer en la Librería J. B. Bailliére et Fils, rue Hautefeuille, Paris, un *Catálogo General de los Libros de Ciencias*, que comprende el anuncio pormenorizado por orden alfabético de nombres de autores, de cerca de 5,000 obras de Medicina, Historia Natural, Agricultura, Veterinaria, Física, Química, Tecnología é Industria, con la fecha de su publicación, forma, número de páginas, de figuras y de planchas. Un índice metódico de 17 páginas da además la indicación de los principales autores que han escrito sobre más de 1,500 puntos científicos. Esta *Bibliografía*, indispensable á todos los hombres de estudio, será enviada gratis y franqueada á todos los lectores de la CRÓNICA que lo pidan á Mr. J. B. Bailliére et Fils, por tarjeta postal doble, ó sea con respuesta pagada.

NECROLOGIA

EL SR. DR. D. FRANCISCO DE P. CHACON.

El día 9 del próximo pasado tuvimos la pena de recibir la siguiente esquela, que nos trajo una triste nueva, no por esperada menos sensible y dolorosa:

«El Director y los Profesores de la Escuela Nacional de Medicina, tienen el sentimiento de participar á Ud. que ayer á las 5 y 55 minutos de la tarde, falleció el Sr. Dr. D.

FRANCISCO DE P. CHACON,

Profesor de Anatomía Topográfica, uno de los catedráticos más antiguos del Establecimiento; y le ruegan se sirva asistir á la inhumación del cadáver que se verificará en el Panteón Español, recibiéndose el duelo á las 9 a. m. del día de mañana en la Escuela N. de Medicina.

México, Febrero 9 de 1904.»

El Sr. Dr. Chacón fué indudablemente una de las personalidades más conspicuas y distinguidas de nuestro Cuerpo Médico. Trabajador infatigable, con-

sagró su vida entera al ejercicio de su profesión y al magisterio, obteniendo tanto de sus numerosos discípulos como de su clientela y de la sociedad toda de México las consideraciones y el afecto á que le hacían acreedor sus conocimientos científicos y su intachable corrección en el cumplimiento de su deber.

La desaparición de un maestro como el Sr. Dr. Chacón no debe pasar desapercibida, y es un deber de justicia el biografiar concienzuda y detalladamente las vidas útiles á la humanidad. Por esa razón nos limitamos á consignar hoy el funesto acontecimiento, dejando para el número próximo el artículo biográfico que le corresponde, y á manifestar nuestra sincera condolencia á los deudos del finado y á la Escuela de Medicina de la Capital, en que durante tantos años derramó sus conocimientos sobre la actual generación de médicos.

LA REDACCIÓN.

NOTAS

«DIETAS DE DIETAS.

Del *Boletín del Colegio de Médicos de Guipúzcoa* tomamos lo siguiente:

Esta clase de dieta no la aplica el médico á sus enfermos, sino que muchas veces estos mismos y otros por muy diversas causas suelen aplicarle á él el régimen terapéutico indicado, que equivale al régimen de la luna de Valencia. A este propósito sabemos que no hace mucho tiempo un amigo nuestro, con motivo de ruidoso proceso judicial, tuvo que informar dos veces en el Juzgado de Instrucción, de cabeza de Partido, imponiéndole estos viajecitos en conjunto ochenta y tantos kilómetros de recorrido en coche, más otro viaje á la Audiencia con su correspondiente información verbal, que dura cerca de tres cuartos de hora, en que puesto á disposición de toda la curia, tiene que responder á preguntas hasta inverosímiles por la falta de sentido, tanto jurídico como médico; y por autopsias, viajes de un recorrido total de cerca de doscientos kilómetros é informes escritos y verbales, es socorrido por fin con la limosna de diez pesetas y treinta céntimos. Y no es esto sólo, sino que aun hay pica-pleitos que, á falta de talento y de argumentos con que defender el que trae entre manos, la emprende á picotazos por la espalda con el médico, que ya ausente no puede defenderse, y se despacha á su gusto, donde sabe no le corre el riego de recibir por contestación un argumento ó un disgusto. ¡Y todo esto por diez pesetas, caballeros! Bien es verdad que el otro compañero de infortunio, por otro tanto de recorrido y análoga información, etc., teniendo en cuenta que el ferrocarril no lleva directamente hasta el pueblo de su residencia, le abonaron quince pesetas, ó sean cinco más que al anterior; total, por 25 pesetas dos médicos á disposición

de tribunales y curiales
informando en los autos procesales;

y en el mismo insignificante precio incluídos los viajes

de tren, á pie ó en coche,
lo cual, amigos míos, ¡no es un derroche!

¡Ah, Excmo. señor Ministro de Gracia y Justicia! ¡Si tuviera V. E. un yerno médico de aldea....!»

Decididamente la situación de los médicos de provincia de la península Ibérica se encuentran en peores circunstancias y peor retribuidos que en América!

EL SEÑOR DOCTOR RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

Con motivo de la sentida muerte de nuestro apreciable amigo y distinguido compañero el Sr. Dr. D. Carlos Tejeda Guzmán, hemos suplicado acepte su lugar nuestro laborioso amigo el entusiasta y ya bien reputado ginecólogo, Dr. R. Suárez Gamboa, que, como han visto ya nuestros lectores, ha colaborado y colabora en nuestra publicación con trabajos originales y de positivo interés, relatando en ellos sus personales esfuerzos por el adelantamiento de la ginecología nacional.

JERINGAS DE LUER.

Un estimable compañero nuestro, con motivo de la invasión de nuestro territorio por la Peste Bubónica, trajo de París un corto número de estas jeringas para inyecciones hipodérmicas de la capacidad de 5, 10 y 20 centímetros cúbicos, cristal y estuche aséptico nikelado.

De construcción inmejorable, pues son las legítimas del fabricante citado y no una imitación como lo son algunos modelos, y con agujas de platino iridiado, hay algunas de venta, *á precios de costo*, en la Administración de la *Crónica Médica Mexicana*.

CORRESPONDENCIA.

Ultimamente y sobre diversos asuntos hemos escrito á los estimables compañeros que siguen, y aun no hemos recibido contestación:

Sres. Dres. Arturo Aguilar Ruiz, San Cristóbal Las Casas, Chiapas; Miguel Arriaga, Morelia; Reynaldo Suárez, La Piedad, Mich.; Pedro M. Acosta, Guadalajara; Jesús González Ibarra, Etzatlán, Jal.; Juan B. Gutiérrez, Querétaro; Pedro N. Rentería, San Luis Potosí; Adolfo Hinojosa, C. Mier, Tam.; A. Buentello, Bustamante, N. L.; Benjamín Carrero Alvarez, Papantla; Arcadio Ojeda, Ver.; Prof. Eduardo Vignon, Orizaba, Ver.; Jesús Morán, Potam, Son.; Agustín Moncada, Carro, Zac.; Antonio Canto Pérez, y Joaquín Hernández, Progreso; José G. Vázquez Ojeda, Oxkutzcab; y Domingo Amábilis, Tekax, Yuc.

Esperamos, pues, tener el gusto de ver pronto sus apreciables letras.

SUMARIO.



DR. FRANCISCO DE P. CHACON.
Págs. 111 y 112.

TOMO VII. MÉXICO, ABRIL 1º DE 1904. NÚM. 4.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

IMPALUDISMO

DE LAS NOTAS DE MI CARNET.

El impaludismo, ese Briareo de mil brazos que ha exigido el enfrentamiento del más alto Cuerpo Médico de la República, del Consejo Superior de Salubridad de México, para intentar su exterminio; que ha obligado á acopiar supremos recursos para combatirlo, como si se tratara del cólera ó la peste; bien merece de todos los que con él hemos medido nuestras armas, que señalemos sus golpes secretos, sus falsos ataques y pérfidas paradas.

Para los que viven en las tierras altas, en las populosas ciudades comerciales, donde el cultivo de las tierras inmediatas es más bien intensivo que extensivo, más bien hortícola que agrícola; la malaria, el monstruoso y aniquilador paludismo, es *una de tantas* ligeras y ocasionales enfermedades, que cura fácil y prontamente, en lo general. Pero para los infelices habitantes de las tierras bajas, de nuestras costas tropicales, donde los villorrios indefensos son un punto perdido entre inmensos pantanos caldeados por un sol abrasador; donde el huerto es una pradera y el jardín es una selva; para esos desventurados, la *malaria*, el paludismo, es el implacable segador de vidas, es la asechanza diaria y constante que hace siempre blanco; que no perdona ni al fuerte, ni al de vida higida, como no perdona ni al indígena, ni al extranjero.

Más aún: los perfumados florestales de sus exúberas tierras, las sombrosas frondas de sus boscajes, donde millones de insectos lucen sus más brillantes y coloridas vestiduras; donde la escopeta del cazador jamás ha despertado un eco, allí donde el nido colgaría seguro y el polluelo estaría ricamente ali-

mentado; allí...... no hay pájaros, no cantan las aves, ni palpitante revélase la vida.

El gorrión, el zenzontle, el huitlacoche, el mirlo, el pardíal...... ni las cosmopolitas alondras siquiera, embellecen y animan esos parajes; ninguna ave se atreve á vivir allí. ¡Es que el paludismo las mata!

¿Qué sería de los extensos arrozales, si como en las tierras altas, pudiera vivir el goloso tordo? Apenas el loro y el guacamayo de tupida y áspera pluma, el *carpintero* de recia vestidura, el ticuz y el fugitivo zanate, se atreven á desafiar las picaduras del *culex*.[1]

Si queremos, pues, que las costas, la más rica y extensa porción de las tierras mexicanas, dejen de ser el halo fatídico de nuestra desierta República, es preciso combatir, y combatir con acierto al monstruo que ahuyenta al colono y al inmigrante, y convierte la empresa agrícola en una aventura fundada sobre el azar.

* * *

Al exponer las formas equívocas que suele revestir el paludismo, narrando los casos clínicos en que las he observado, no pretendo fundar reglas seguras que sivan de cartabón en el diagnóstico diferencial, máxime cuando cada enfermo es una forma, una expresión individual de la enfermedad, y estoy muy lejos de tener el talento suficiente para generalizar, para transformar por síntesis un haz de hechos en un principio, en una regla, aplicable á todos. Refiero lo que he visto, lo que he hecho y lo que he obtenido como resultante de esto. Si algo útil llevan estas breves narraciones, será probar:

1º Que en la transmisión del paludismo no se conserva la forma ó el tipo de origen: una cuotidiana puede dar origen á una terciana, ó viceversa.

2º Que son más comunes de lo que se enseña las llamadas formas anómalas.

3º Que el uso de las sales de quinina es menos peligroso de lo que se cree, cuando, como piedra de toque, se administra para hacer luz en el diagnóstico de algunas enfermedades de proceso semejante al paludismo.

4º Que cualquiera que sea la edad y el estado del individuo, puede administrarse sin peligro la quinina.

5º Que al lado de la cuestión de higiene, paralela á la guerra de exterminio que debe seguirse contra el mosquito, para extinguir la malaria, existe un problema financiero que es preciso combatir y aniquilar.

* * *

En la casa del Sr. S. G. vi á una niña enferma de paludismo, con accesos tercianos. Tomé sangre para examinarla al microscopio, y éste me reveló los cuerpos semilunares y flagelados. La niña contaba 6 años de edad y la prescribí 50 centigr. de clorhidrato de quinina y 20 centigr. de acetanilida, á tomar en 6 cápsulas, 3 cada hora, en el momento del acceso. La familia creyó, con el boticario, exageradas mis dosis, y, más que todo, tuvo miedo de admi-

1 En mis estudios del hematozoario, casi siempre me serví de zanates, para seguir la evolución del esquizonte, y fué rara el ave sacrificada sin provecho.

nistrar la quinina durante el acceso. Le dió sólo tres cápsulas, y éstas comenzando 5 horas después del acceso.

El siguiente día, la enfermita se hallaba aparentemente curada, y así me lo avisó la familia, para ahorrarse una visita, que creyó innecesaria; pero al tercer día, como era de esperarse, el acceso volvió con mayor intensidad. Llamado para el caso, repetí mi fórmula, recomendando que se le diera al otro dia igual cantidad, sin la acetanilida, según la otra fórmula que dejaba.

Las cosas pasaron esta vez lo mismo que la anterior; y en este tercer acceso hallé á la pequeña atacada de síntomas perniciosos. El escalofrío, que en este clima es poco notable, tenía toda su intensidad; el pulso apenas podía sentirse; el rostro tenía una palidez de mármol, y la respiración era difícil y sacudida. El termómetro, puesto en el ano, marcaba 42°5.

Al interrogar severamente á la familia, me confesó la asistente lo que al principio referí, sobre cantidad y oportunidad con que los medicamentos fueron administrados.

La niña se salvó, y seguí atendiendo á la mamá de accesos cuotidianos. Esta señora, que no se separó de su hija, ni salió fuera de casa en aquellos días, fué indudablemente inoculada con hematozoarios procedentes de la forma terciana. ¿Y la sangre? Pues la sangre reveló los cuerpos en media luna y hemamebos endoglobulares.

Cito este hecho, entre cien observados, porque la casa está aislada en una colina y puse verdadero empeño en desentrañar la verdad del hecho, que después he comprobado.

Si se transmite el hematozoario por intermedio del mosquito, el tipo de los accesos no se transmite, obedeciendo el tipo de la periodicidad á otras causas distintas.

En los centenares de exámenes microscópicos que he hecho de impaludados, lo mismo he hallado las medias lunas; los cuerpos en rosa ó margarita, en las cuotidianas que en las tercianas, y en la remitente; y sólo á los cuerpos flagelados los he hallado con más frecuencia en la terciana que en la cuotidiana, pero casi con la misma frecuencia en la remitente.

* * *

J. R., desesperado por una neuralgia dentaria, acudió á mi consultorio, solicitando le extrajera dos molares, que creía causantes de su mal. Traté de convencerlo del buen estado de sus molares, y le prescribí algo adecuado para su neuralgia. Tres días después volvió sin los molares y quejándose más de su padecimiento, pero suplicándome que le inyectara morfina. Así lo hice, prescribiéndole una mezcla de estricnina, aconitina y hiosciamina, según el método dosimétrico. Ningún resultado, después de dos días. Añado el valerianato de quinina, y el enfermo mejora; prescribo desde entonces clorhidrosulfato de quinina 1.50 en tres sellos, 1 cada tres horas, y la neuralgia desaparece por 14 días después de dos días de tratamiento; pero el enfermo temía más al zumbido de oidos presente, que á la neuralgia, ya dominada. Esta vez prescribo el medicamento—quinina—asociado con belladona; pero el enfermo descuida tomar con regularidad su medicina, y la neuralgia vuelve.

El enfermo, aturdido y desesperado, se hace extraer toda ó casi toda la

dentadura superior, y hubiera quedado sin un diente á los 28 años, si la neuralgia no hubiera cambiado de lugar.

Esta vez fué la cuerda del tímpano el sitio predilecto. Por supuesto que á mi vez prometí al enfermo no volver á recetarle quinina, porque siendo el sitio del mal el oido, y *atacando la quinina precisamente á los oidos* (argumento suyo)...... Le hice tomar clorhidrosulfato de quinina con atropina, hiosciamina y estricnina, en cápsulas...... color de rosa y olorosas á salicilato de metilo. Diez días tomó el enfermo mi prescripción, sin distinguir la paresia del nervio de la sordera quínica, habiendo cesado su padecimiento desde el tercer día. Este enfermo, que frecuentemente padece diversas neuralgias, y cura siempre con la quinina, no quiere ni oir hablar de este medicamento, y ha sido inútil cuanto le he dicho para convencerlo de que á ese le debe su salud.

En la inmensa mayoria de los casos, las perturbaciones sensoriales que se achacan á la quinina, son producidas por la impureza del medicamento, por la importuna administración de dosis macizas muy altas sin correctivo alguno, y por la autosugestión del enfermo.

***

Lucía N. padecía frecuentes ataques de paludismo, que se terminaban cuando Dios quería y el hematozoario se agotaba en su ciclo esquizogónico; pero en un severo ataque se resolvió á verme. Fué su primera advertencia que no fuera á darle quinina, pues los Dres. H. y X. le habían dicho que por idiosincracia no toleraba tal medicamento. Me guardé mucho de contrariarla y la prescribí bajo estrambótico nombre, el clorhidrato de quinina asociado á la antifebrina y á la belladona. La enferma pregona que las píldoras rosadas, *sin quinina*, del Dr. Romero, curan maravillosamente las *calenturas de la costa.*

La asociación de la acetanilida me permite dar la quinina durante el acceso, con lo cual gano en tiempo y oportunidad; y la adición de la belladona me parece que modifica favorablemente la acción cerebral del medicamento, suprimiendo ó haciendo tolerables los ruidos ó zumbidos en el oido, de que se quejan los enfermos.

***

J. Ll., mujer de 58 años, impaludismo caquéctico. Para una disentería acompañada de desfallecedores torozones, soy consultado. Siguiendo la costumbre de aprovechar estos casos para mis estudios bacterioscópicos, llevo al microscopio las heces sanguinolentas de la enferma. Tuve la satisfacción de hallar, como en casos anteriores, la *amœba coli;* pero en los glóbulos dispersos entre las células mucosas, hallé también los hematozoarios de Laveran, endoglobulares.

No es esta la oportunidad de exponer mis ideas sobre el parentesco de aquélla con éstos, y así, prosigo mi tema.

La presencia del hematozoario me imponía el deber de prescribir la quinina y asociarla con el opio. Pero el estado de postración y anemia en que la enferma se hallaba—en la costa, una mujer de 58 años es anciana—me obligaba á ser prudente en el uso de mis armas. Resolví darla 1 gramo de clor-

hidrosulfato de quinina, y prescribir un enema con solución boricada y albúmina (una clara de huevo), cada tres horas. Seis horas después de tomada la medicina, la enferma se hallaba ya muy mejorada.

Las preparaciones microscópicas del siguiente dia me revelaron lo acertado de mi medicación.

La enferma me aseguró que cada tres ó cuatro meses padecía esta enfermedad, por cuyo motivo prescribí, con un método de vida y alimentación apropiado, la siguiente asociación: quinina sulfato, 0.30 gr.; oxalato de fierro, 0.10; sulfato de estricnina, 2 miligr.; ácido arsenioso, 2 miligr., para cuatro cápsulas: dos antes del desayuno y de la comida principal. La enferma, no curada de su caquexia, sobrelleva la vida en mucho mejores condiciones que antes, sin que la disentería haya vuelto á presentarse en un año.

Casos análogos, con ligeras variantes, cuento hasta 5.

En la disentería ó colitis aguda que acompaña al impaludismo, la quinina tiene una eficaz acción curativa.

* * *

En la misma casa de J. Ll. enfermó una niña de paludismo, con francos accesos tercianos. La sangre revelaba solamente esporozoarios endoglobulares. A pesar de vivir juntas la Sra. Ll. y la niña, de comer en los mismos trastos y de ser la niña muy desaseada, es decir, de no lavarse las manos después de asear el vaso de noche ocupado por la disentérica, no se contagió, como esperaba yo, y sólo sufrió el paludismo transmitido por algún anofelo.

Las modalidades del paludismo no se transmiten.

¿Por qué entonces esa predominancia de determinada forma ó tipo en las exacerbaciones de una endemia palustre?

Para mí son debidas á determinadas influencias meteorológicas y telúricas que obran sobre el hematozoario, violentando ó retardando su ciclo esquizogónico, y obrando á la vez sobre la resistencia vital del hombre, creciendo ó menguando sus energías.

Al recorrer mis notas, hallo que sobre 1,017 casos de paludismo de tipo cuotidiano, 893 han tenido lugar en los meses de Agosto á Septiembre, época del año la más enervante, por el calor húmedo, para los habitantes de Manzanillo; y sobre 729 de tipo terciano, 642 han tenido lugar entre Enero y Abril, que es aquí nuestro invierno, tiempo seco y el menos caluroso.

* * *

M. Soledad Teja, indígena de 18 años, primípara; menstruación regular, buena constitución; sufre dolores reumatoides en los miembros, el hombro derecho, el cuello y, particularmente, en los músculos abdominales, bajo la forma de calambres. Algún médico le ha diagnosticado reumatismo, y entra al servicio de mi casa con la condición de expensar yo sus medicamentos: salicilato de sosa, yoduro y cólchico. Después de 15 días de tratamiento, se imposibilita para el trabajo, y hago un examen minucioso de la enferma. Nada hay que confirme el diagnóstico, en el examen que hago de la orina y topográfica de sus articulaciones. Al tomar la temperatura, llama mi atención su alta cifra, 40°3. Examino el bazo y lo hallo voluminoso, pero la sangre me

revela al microscopio, no sólo los hematozoarios, sino una leucocitemia, determinada por el paludismo y favorecida por el alterante yoduro. Prescribo sulfato de quinina, cafeina, acetanilida y estricnina, por tres dias. La fiebre desaparece seis horas después; los dolores, intolerables al decir de la enferma, han casi desaparecido.

Por 15 días administro: quinina, 0.30 centigr.; oxalato de fierro, 0.10; estricnina y arsénico de c.c., 2 miligr., en dos dosis al día. La enferma recupera su buena salud.

* * *

Inocencio Flores, de 36 años, originario de Guadalajara, solicita mis servicios, para que le dé *algo* que le permita conllevar las molestias del tren que debía llevarlo al Hospital de Colima, á donde iba á curarse de una neumonía. Examino al enfermo, y, aunque hay esputos rubiginosos, dispnea, dolor al pecho y la espalda; temperatura de 40°, no hallo signo estetoscópico que compruebe la presunción del enfermo y de la autoridad politica que lo remitía. Antes de resolver algo, el enfermo sufre un síncope; y como esto pasaba en la Estación, en los momentos de partir el tren, lo llevé á mi casa. Hice inmediatamente el examen microscópico del esputo, sin hallar el neumococo, pero sí el hemotozoario de Laverán, bajo la forma de cuerpos flagelados y semilunares, así como hemamebos libres, con vivos movimientos.

Pongo una inyección hipodérmica de clorhidrosulfato de quinina, y otra de solución de adrenalina (½ miligr.). Al interior, acetanilida, cafeina y estricnina. Dos horas después repito las inyecciones y se llevan al enfermo.

A pesar de la rigurosa asepsia que procuré, una de las punciones se inflamó, y el enfermo, viéndose mejorado de su enfermedad, se encondió por miedo á nuevas inyecciones. Pero dos días después lo hallé, buscando yo á un niño que decían estaba varioloso.

Bajo una pequeña ramada, en pleno aire, hallé al pseudo-neumónico, con 39°4 de calentura y con terrible hematuria. Las causas de esta metástasis, que veda la moral revelar aquí, fueron suprimidas; el enfermo, asilado en una casa y vuelto á su apropiado tratamiento, que naturalmente tuvo la quinina por base, curó en cinco días.

* * *

E., niña de 8 años—*anemia palúdica*—presentó en medio de un acceso de paludismo, terrible hematuria (¿hemoglobinuria?), ofreciendo, además, la agravante de multiplicadas extravasaciones sanguíneas, que se presentaban en la piel bajo la forma de flictenas llenas de sangre, teniendo por diámetro desde el de una lenteja hasta el de un vigésimo de nuestra moneda. El médico que la vió primero opinaba sin duda que la causa determinante era una infección intestinal, puesto que prescribió calomel y benzonaftol. Teniendo segura influencia sobre la familia, ordené que se le diera quinina, y contra la opinión de mi colega. preocupado por la pretendida acción irritante de este medicamento á su paso por el riñón, la quinina se dió, curando muy rápidamente la niña.[1]

1 Muy lejos estoy de menospreciar las ideas que mi colega abrigaba, pues yo las profesé por mucho tiempo, hasta que pude cerciorarme de que no es la quinina, sino la mala clase de ella, la que á tantos errores da lugar y tantos males efectivos causa.

Aquí cabe decir que no soy partidario entusiasta de la administración de la quinina por la vía hipodérmica, aunque reconozco cuán preciosa es esta forma en los casos apremiantes. Dejando á un lado los muchos inconvenientes que tiene el método para ser preferido, profeso la opinión de que, no corriendo inminente peligro la vida, es preferible administrar por dosis la quinina, que en una sola vez. La acción es más segura, menos molesta, y permite ir tan lejos como sea necesario. Pero en total impongo dosis fuertes, cuidando solamente de que la sal sea muy pura, *cueste lo que cueste.* Por fin, creo que la adición de la estricnina es, no sólo beneficiosa en general en el paludismo, sino que es sinérgica á la acción de la quinina, porque presta á los órganos vigor para ejecutar la defensa.

* * *

L. B., de 68 años, recibió un golpe en la región esplénica, y favorecido el proceso que siguió por antiguo paludismo, sobrevino una ascitis, que, á la edad del enfermo, ponía en inmediato peligro su vida. Luchando con la inveterada preocupación de no ver médico, le prescribí, casi sin examen, 1.20 gr. de quinina clorhidrato, 3 gramos de teobromina y 2 miligr. de estricnina, en sellos repartidos en el día; infusión de estigmas de maíz y raíz de tamarindo, por agua de bebida; alimentación láctea. A los diez días el enfermo dejó la cama, y volvió á su empleo. Desgraciadamente este enfermo me teme, porque estando bajo mi tratamiento murió un deudo suyo, y no me ha sido posible completar mi estudio sobre su mal.

* * *

E. P. S., 32 años, originario de México, tres años de vivir en la costa, alcohólico. Aspecto ordinario de febricitante, pero la piel con decoloración amarillo paja, lo mismo las conjuntivas. Temperatura al tercer día de la enfermedad, 40°2. Se queja de intensa cefalea, de dolor en los lomos y región cervical. Hay abundante hematuria. El bazo está aumentado como en el triple de su volumen ordinario. Ningún otro signo apreciable ofrecen las demás vísceras. La casa en que habita el enfermo ha estado ocupada por enfermos de fiebre amarilla, y en esos momentos hay varios casos en el poblado.

Deseché el diagnóstico de fiebre amarilla, por ser prematuros los síntomas observados, sin que las encías ni la lengua estuvieran cubiertas por el fuligo (exudación sanguínea gingival) ni se hubieran presentado los vómitos característicos, ni otros. Diagnostiqué: *paludismo, forma hematúrica,* y prescribí: clorhidrosulfato de quinina, 1.20 gramos; acetanilida, 1.40; estricnina y hiosciamina a.a. 2 miligr., para VIII cápsulas, una cada ½ hora. Magnesia calcinada, 10 gr. en poción conveniente; fricciones secas á los miembros y sinapismos á la región renal.

Los miembros de una sociedad filosófico-moral-socialista y.... cualquier otra cosa, enterados de mi diagnóstico y prescripciones, trataron de inducir al enfermo, que era su consocio, á que no tomara mis medicamentos, sino el vino tónico de Winter Smith, pues la quinina—según decían—era un veneno en la fiebre amarilla, y el vino aquel servía en todo caso para ambas. Es bien sabido que, por desgracia, todo el mundo se cree una autoridad en medicina,

y todo el mundo censura al médico, modifica sus tratamientos y elogia y defiende los suyos.

El enfermo conservaba su recto criterio, y, engañando á sus consocios, curó en tres días siguiendo mi fórmula. La hematuria se suspendió al segundo día del tratamiento, en el cual susbstituí el purgante por 2 gramos de tanino en vino de quina.

* * *

M. L., soltera de 18 años, temperamento linfático, sin haber dejado á Manzanillo desde su nacimiento. Después de ligeros accesos de paludismo, que se retiraron espontáneamente (agotamiento del hematozoario en su ciclo esquizogónico), aparecieron algunos infartos ganglionares en el cuello y región supraclavicular. La peste privaba en esos días en Mazatlán, y ya habíamos recibido buques de aquella procedencia, aunque sujetos á las minuciosas prácticas reglamentarias; por cuyo motivo, justamente alarmado, procedí á hacer un minucioso examen al microscopio, de la linfa ganglionar, de la sangre y la saliva de la enferma. Ni este examen, ni la inoculación de la linfa en ratas, demostró nada semejante á la *peste*.

Más tranquilo sobre este punto, abrí el tumor supraclavicular (había hecho una punción capilar solamente) y hallé un caldo amarillento, que al microscopio revelaba la presencia de leucocitos de varias formas y hemacies, unas enteras y otras rotas, donde podían verse (en las enteras) los hemamebos del paludismo. De éste los cuerpos en media luna, así como conglomerados inertes, abundaban mucho. *Ninguna otra bacteria había allí*, como se comprobó por cultivos especiales de ese caldo.

Mi diagnóstico fué: infarto glanglionar palúdico; diagnóstico que confirmó el tratamiento *exclusivamente quínico* que impuse á la enferma, cicatrizando el absceso y desapareciendo los demás infartos á los cuatro ó cinco días.

Este caso y muchos otros semejantes fueron examinados por los Sres. Dres. Salesio Canobbio y A. Butrón, y la historia de tales casos debidamente comprobada por los citados facultativos.

* * *

Lo Yuen, inmigrante chino, de 25 años, venido á Manzanillo directamente de Hong Kong, fumador de opio. Después de dos severos accesos de paludismo, presentó una paraplegia, que atribuí al abuso del opio, por cuyo motivo redoblé el aislamiento y la incomunicación á que estaba sujeto (cuarentena de inmigración), llevándolo al Hospital, donde le puse un guardián de mi confianza. Obligado á tomar fuertes dosis de quinina y estricnina, el enfermo volvía á adquirir el uso de sus miembros, cuando se formó una escara gangrenosa en la región sacra, debido al desaseo, de que no fué posible librarlo, dadas especiales circunstancias del momento y su obstinación cerril.

Atribuí el alivio, como era lógico, á la suspensión de su opiomanía; pero con asombro ví, al enviarlo al Hospital de Colima, que no había cesado de ingerir opio, pues le hallé buena provisión de éste en el interior de su almohada, y el mozo, que sólo cuidaba de que no fumara, me confesó que lo veía comer *algunas zurrapas negras*, que creyó fueran té. Y era té, en efecto, mezclado con opio.

Este caso se relaciona con otros que hasta ese tenía como dudosos. Debo añadir que en éste determinó la localización la humedad del suelo, buscada preferentemente por él durante sus accesos; y en otros casos análogos, figura ya la satiriasis, ya el abuso del alcohol y el cloral, y en dos casos un traumatismo leve.

*
* *

En Octubre de 1898 fuí llamado para asistir á J. F., á quien hallé con 41° de temperatura á la axila, con vómitos biliosos, dolores contusivos en los miembros, cefalea supraorbitaria y occipital; era el segundo día de su enfermedad. Prescribí: sulfato de quinina, 1.50 gramos, con acetanilida y cafeína; poción antiemética de Riviére y un enema de un litro de agua de mar.

Al siguiente día, el Sr. F. estaba levantado y decía sentirse muy mejorado. Repetí la prescripción quínica; pero antes de tomar la mitad, me llamaron, porque se había puesto repentinamente grave. Grave lo hallé en efecto, pues apenas se parecía su rostro á la facies que en esos momentos ofrecía. Era el tipo del enfermo de vómito negro; y éste se había presentado ya.

Impuse el tratamiento que entonces seguía yo: agua sulfocarbonada á pasto, azul de metileno químicamente puro, y, antes que todo esto, un vomipurgante de sulfato de sosa é ipeca.

El enfermo *se curó;* pero, contra lo que yo esperaba, no hubo anuria ni hematuria.

*
* *

E. G. y G., señorita de 18 años, dió lugar á mi segundo error, en parecidas circunstancias; y si sobrevino la disuria, no se presentó signo alguno, fuera de la albuminuria, común en estos casos, que me demostrara la esperada inflamación renal.

Por el contrario, en más de diez casos, algunos años después, he podido salvar á palúdicos en quienes se había diagnosticado fiebre amarilla, y cuyo síndrome clínico se imponía á quien no tuviera larga práctica en el combate de males que algunas veces coexisten.

Coexisten he dicho, y firmemente lo creo, pues desde 1901, en que he podido hacer exámenes microscópicos de la sangre de mis enfermos, he hallado en tres casos típicos de fiebre amarilla, el hematozoario de Laverán. Y el método que he seguido por propia inspiración, me ha dado buen resultado: he dejado á un lado el paludismo, y tratado la afección amarilígena de preferencia—si es que tratamiento se puede llamar á la intervención medicamentosa sintomática, que, por no conocer otra, sigo hasta aquí—y cuando la temperatura adquiere las grandes oscilaciones del paludismo, entonces intervengo con las sales de quinina.

La administración de la quinina al principio de la fiebre amarilla para hacer luz en el diagnóstico, no será inocente, pero es menos peligrosa de lo que se cree.

* * *

Otra de las preocupaciones que he combatido enérgicamente, es la de abstenerse de administrar quinina á las embarazadas. Siempre recordaré con gratitud el primer golpe que dió á esta absurda preocupación mi maestro el Sr. Dr. D. Juan R. Zavala, en favor de una persona de mi familia, á quien mis colegas, en mis primeros años de ejercicio profesional, me aconsejaban vivamente no diera quinina. Fué la primera vez que vi administrar 2 gramos de sulfato de quinina, en una sola dosis, á una mujer embarazada al 4º mes. Por supuesto, hay que añadir un correctivo: los enemas laudanizados.

Muchos de mis compañeros hallarán, quizá, pueril esta nota; pero en mi vida de médico he tropezado aún con muchos médicos que desgraciadamente conservan este error, y á quienes no he podido convencer, quizá porque recuerdan algún fracaso, pero, á mi ver, debido sólo á las impurezas de la sal, á la coincidencia de predisposiciones fatales al aborto, y tal vez á no haber puesto cuidado en modificar la acción tónica de la quinina sobre la matriz, por el láudano ó el cloral.

Y no debo olvidar aquí las formas del que he llamado para mí «pequeño paludismo.» Un individuo bosteza con molesta insistencia, se siente con irresistible deseo de ejecutar pandiculaciones, siente frío y es presa de un desaliento inmotivado: todo esto puede sobrevenir en un momento, á las horas de mayor animación, en medio del activo trabajo del día.

Si se examina al quejoso, se halla alguna vez el bazo dolorido y adolorimiento en la región cervical. Confiesa que al hacer la toilette de la mañana sintió inexplicable horror por el agua, y se resfrió; que al empezar el trabajo sintió adolorimiento en los puños, en los tobillos y en la cintura; en fin, que está resfriado. El termómetro marca la normal.

Si en este momento se examina la sangre al microscopio, en 70 sobre 100 casos se hallan hematozoarios libres, moviéndose en rededor de los glóbulos, y entre éstos es notable el número de leucocitos fagocitarios.

Si juzgando aquel cuadro, la expresión de una de tantas caídas del tono vital del organismo, se limita el médico á prescribir un tónico cualquiera que no sea quinina, pronto le convence de su error la repetición del pequeño mal, ó la explosión de un acceso de paludismo. Y muy frecuentemente he oído llamar á aquel cuadro, *los prodromos del paludismo*, expresión incorrecta.

El paludismo no tiene, no puede tener prodromos, pues desde que existe en el organismo un esporozoario, la enfermedad existe; si el equilibrio orgánico no favorece su multiplicación, los fagocitos lo exterminan; de lo contrario la evolución, el ciclo esquizogónico, es silencioso y rápido, y sólo se manifiesta con la explosión de un acceso, que es la generalización del hematozoario en todos los órganos.

Hay otra faz del paludismo en que sin tener manifiestas explosiones, accesos francos, el hematozoario tiene una reproducción exigua, y sólo se manifiesta por pequeñas elevaciones térmicas que pasan desapercibidas, hasta que la anemia y la esplenomegalía obligan al paciente á solicitar la intervención del médico.

Para estas formas hallo indispensable el examen microscópico de la sangre.

*
* *

He sentado que al lado de la vigorosa lucha emprendida contra el paludismo persiguiendo el exterminio del mosquito y la extinción del pantano, debe emprenderse otra campaña no menos importante: procurar bajar el precio de las sales de quinina y exigir su pureza.

Para lo primero serviría mucho elevar el arancel de las sales impuras y bajar en la misma proporción la cuota de las mismas, en relación directa con su pureza.

Para lo segundo, exigir que en las boticas no se sirva jamás la quinina impura en las recetas del médico, y que en las ventas ordinarias se diga al cliente la condición de la que se le vende.

La práctica me ha enseñado que el tanto por ciento que aumenta el servicio de recetas usando una buena sal, ó eleva apenas el precio de la receta ó se pierde (se deja de ganar) una insignificante cantidad.

Esto por lo que toca á la parte financiera del problema; que si se examina en la parte moral ¡qué crimen más odioso que el de entregar á la destrucción y á la muerte, atados é inermes, á los que fiando en la pericia y sobre todo en la honradez del farmacéutico, son despojados, por su dinero, de la salud y de la vida! Yo he sido uno de los que durante muchos años he luchado en un lugar esencialmente malarígeno por devolver á la quinina su justo prestigio. ¡Y cuántas veces he visto destruir mi obra por la sed de ganancia de comerciantes y boticarios sin conciencia! No sólo he palpado el desprestigio de la quinina, sino que he probado el odio que de rechazo toca al médico que la receta y recomienda.

Llamo muy poderosamente la atención de los compañeros sobre este punto, bastándome pedirles que traigan á su memoria lo que por tan criminal deficiencia han sufrido; y á fin de que emprendan cerrada campaña contra esos tartufos de los pueblos, que escudan su malicia con la ignorancia, y se defienden con el estribillo de «por arrancar á los pobres de las garras de la botica, vendo yo medicamentos.»

Recuerdo todavía con dolor el siguiente episodio: Atendía á una niña, hija única de un matrimonio, atacada de perniciosa. Desgraciadamente mi provisión de solución quínica inyectable se había agotado ese mismo día, y el correo que debería traerme el repuesto tardaría más de 24 horas. Pedí al boticario del lugar me enviara una solución de *clorhidrosulfato neutro de quinina*, inyectable, y caso de no tenerla, me enviara la sal más pura para administrarla por la boca. Recibí un frasquito, todavía caliente, con un rótulo que señalaba el 50 por ciento de la sal pedida. Como la ví perfectamente transparente, creí que estuviera bien y justamente preparada y la apliqué.

Al amanecer del siguiente día me llaman urgentemente para atender á la enfermita que se moría con la segunda perniciosa. Busco el frasquito de la solución y. . . . ¡hallé cristales adheridos á la pared del frasco! Corrí á la botica y pedí se me enseñara la sal con que hablase preparado la inyección. *Justamente la sal se había agotado con mi pedido y el frasco había sido lavado!* . . .

La niña murió á pesar de la administración de fuertes dosis de clorhidrato de quinina, que rápidamente le ministré. Y los padres lloran todavía la

irreparable pérdida de su único descendiente; mientras el boticario conserva un peso más. . . . . en la balanza de sus culpas.

Mandé dosificar el contenido del frasquito y se vió que contenia 5 por ciento de sulfato de quinina ordinario.

* * *

Como complemento de mis ideas manifestadas aquí sobre paludismo, debo agregar:

1º Que en mi concepto el máximum de beneficio se obtiene administrando la quinina en el momento del acceso (período de calor), asociándolo con la acetanilida.

2º Que en los sujetos débiles ó debilitados, desde los cinco años en adelante, la estricnina y la cafeina son un poderoso auxiliar de la quinina.

3º Que en sujetos muy sensibles á la quinina, la asociación con la belladona hace aquella muy aceptable, no olvidando que deben ignorar lo que toman, para prevenir la autosugestión.

4º Que no hay forma palúdica en que esté contraindicada la quinina, siendo en todo caso cuestión de oportunidad y dosificación en la administración del medicamento.

5º Que sólo deben inspirar confianza al médico las combinaciones cloro y sulfoquínicas, acaso el valerianato, pero en casos graves debe confiar muy poco ó nada en los bromidratos, salicilatos y demás sales de la quinina.

6º Que la administración previa de la cocaína me ha permitido siempre administrar la quinina por las vías digestivas preferentemente á la hipodérmica, que sólo uso en casos graves urgentes.

7º Que la vía rectal y la dérmica (fricciones) no deben inspirar confianza al médico.

8º Que el médico deberá siempre tener al lado de sus jeringuillas hipodérmicas un frasco de solución inyectable de quinina, de reconocida pureza y precisa dosificación.

Manzanillo, Febrero de 1904.

DR. J. F. ROMERO.

CUERPO EXTRAÑO DEL EXOFAGO.—SU EXTRACCION.

En el mes de Diciembre de 1903 se presentó á mi consultorio un campesino, dándome como antecedentes que hacía ocho días, estando trabajando en el campo, había bebido agua en un pequeño cántaro, y que al tomar el agua había creído pasar también una yerba ó zacate que se le había atorado en la garganta y que mucho lo molestaba. Habiendo procedido al examen del paciente, no encontré nada en la inspección directa de la faringe; en el examen laringoscópico noté en el lado derecho de la epiglotis, en el repliegue ariteno-epiglótico, una masa blanquizca; haciendo después el tacto encontré que en dicho lugar estaba un cuerpo arredondado y con puas, dando la sensación que pudiera dar la corteza de un challote. La existencia del cuerpo extraño

estaba demostrada, mi dificultad consistía en ese momento en los medios de que me valdría para extraerlo. Después de haber meditado un instante, pensé que lo mejor sería introducir los dedos medio é índice de mi mano derecha, con intención de que me sirvieran como de pinza para tomarlo; no conseguí extraerlo de esta manera pero sí con el índice: lo hice bascular y lo desprendí enteramente, al grado de que el enfermo pudo escupirlo luego. Examinado el cuerpo extraño después de haberlo lavado, resultó ser un grano de huizapol *(Cenchrus tribulvides.* L.) cuyas púas se habían adherido á la múcosa exofágica como se adhieren á la ropa ó en algunos lienzos. Siendo una costumbre en el campo de que los pequeños cántaros estén descubiertos, y que con el aire puedan caer en su interior hojas, yerbas, etc., de las plantas vecinas, fácilmente se explica por qué el huizapol estaba en el agua que tomó la persona á que me refiero. Presento esta pequeña observación clínica como un caso raro, y creo que si un cuerpo extraño del exófago, análogo al que refiero hubiera estado más abajo y no fuera ya accesible al tacto, el mejor medio de extraerlo sería con la sonda exofágica de Fergusson.

Guadalajara, Marzo 6 de 1904.

DR. M. SANROMÁN.

SECCION XI.

HISTORIAS CLINICAS GINECOLOGICAS.

POR EL

DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

PRIMERA HISTORIA.

Desde la primera vez que ví á la señora enferma, cuyas aventuras clínicas van á ocuparnos por ahora, hirió vivamente mi atención el continente de ella y su modo especial de caminar. Era una persona gruesa, de semblante franco, risueño, bien coloreado y respirando cordialmente alegría y aparente salud. Su voz era llena, agradablemente timbrada, y el ritmo de su fácil respiración no se hallaba en ningún modo alterado. El busto fuertemente dirigido hacia atrás, la cadencia peculiar de su pelvis oscilando y las dificultades características de su marcha, me hicieron desde luego dirigir mi atención hacia su vientre. Oculto entre los pliegues de ancho manto, dejaba distinguir los grandes contornos de un voluminoso abdomen.

Aquella señora hablaba muy fácilmente. Su verbosidad era notable y en poco tiempo me relató una larguísima historia de padecimientos, dolores, achaques y trastornos de todo género y naturalezas. Contrastaba ya, la interminable serie de sus dolencias con la redondez y florecencia de su rostro. Haciendo gracia á mis lectores de la incoherente sucesión de trastornos y quejas de la paciente, me bastará informarles de que aquella señora sufría de sus digestiones desde hacía largo tiempo; que tuvo y tiene dolores abdominales un poco intensos, que se fatiga fácilmente, que sus noches son difíciles para dormir, que su vientre va creciendo muy rápidamente y que es epiléptica, ó por lo menos padece unos ataques que le han clasificado entre los de esa denominación.

Mi examen fué rápido y susciuto. Aquella señora era portadora de un quiste del ovario. Este quiste que alcanzaba grandes proporciones, ocupaba casi toda la extensión del abdomen y ocasionaba compresiones y desalojamientos viscerales fáciles de reconocer. La región umbilical ostentaba todos los signos de una voluminosa hernia, tan grande como fácil de reducir. Sobre ella, y por prescripción de un facultativo, llevaba una especie de birrete, bastante mal hecho, y que de ninguna manera contenía aquella porción de intestinos herniados. Por otra parte, fuera de las grandes dimensiones de su tumor ovárico y de su eventración umbilical reductible pero incoercible, esta señora no tenía ningún otro padecimiento perceptible á mi primer examen. Me llamó la atención el estado grasoso de todo su ser: no obstante su lesión abdominal, aquella enferma lucía con abundancia todos los caracteres de su franca obesidad. El vientre, sobre todo, se hallaba extraordinariamente dotado de grandes pelotones adiposos, que simulaban bastante bien lipomas subcutáneos ó hernias parietales. Poco tenía yo que vacilar respecto á mis indicaciones y resueltamente declaré á mi paciente en cuestión, que era la ovariotomía su único é inevitable recurso de curación. Esto parece que no fué del agrado de la señora, que confiaba algo en cierto médico que la inclinaba á la abstención y la entretenía con píldoras y cucharadas y aquella voluminosa señora abandonó mi consultorio con la misma majestad de marcha, con que por primera vez la ví entrar. Era caminando, como mejor se podía apreciar la enormidad de su vientre y la exuberancia de su gordura.

Cuatro meses más tarde, una mañana fuí sorprendido por la inesperada aparición de esta enferma, en mi clínica particular. Era la misma señora de antes. La misma gordura excesiva, el mismo andar majestuoso, la misma cara risueña y agradable, la misma apariencia de salud y tranquilidad que le había conocido. Su vientre era ya enorme. Aquí sí se veían los progresos de su enfermedad; por lo demás, continuaba ella misma dándole poca importancia á su estado. Algunas dolencias más acentuadas en el vientre, algo más de disnea al acostarse y más dificultades para dormir; he aquí lo que traía de nuevo sobre su relato anterior. Y como mayor novedad, la señora traía intención de operarse cuanto antes su tumor.

He insistido en todos estos detalles personales de mi paciente, porque desde el día en que la operé se han quedado profundamente grabados en mi ánimo, y porque á medida que más medito en ellos, más despiertan mi interés y asombro.

La señora X...., ingresó ese mismo dia á mi sanatorio y las religiosas que la prepararon para su operación y que constantemente la asistian, pudieron informarme de que esta enferma había recibido numerosas visitas, había pasado alegremente el día, se había sometido gustosa á todas las pequeñas molestias de nuestros preparativos quirúrgicos y no había dado, un solo momento, una prueba de malestar intenso ó de verdadero dolor. Por el contrario, la enferma continuaba insistiendo en que se operaba por los ruegos de su familia; pero que de ninguna manera se hallaba impelida á ello por dolores ó sufrimientos intensos.

Fué su operación bien curiosa y bien extraños los incidentes que la acompañaron. Ese día tuvimos el gusto de vernos asistidos por Arturo Méndez, mi distinguido amigo, notable profesor de Obstetricia de la Escuela de San Luis Potosí y de quien guardamos todos sus compañeros y condiscípulos tan gratos y buenos recuerdos. El Dr. Arturo Méndez es uno de los médicos que dan honra á la Es-

cuela mexicana. Nuestra operación había comenzado bajo magníficos auspicios. La incisión de la bolsa umbilical que contenía la hernia, ahora irreductible, había podido llevarse á efecto sin incidente. Sin embargo, las grandes dimensiones de la hernia, comenzaban á llevarme un poco más lejos de lo que yo hubiera querido en mis disecciones. Tras un lóculo, surgía otro; tras una cavidad llena de pelotones adherentes de gran epiplón, aparecía otra y otra y la incisión crecía, y el tiempo pasaba, y yo no podía aún abrir la cavidad grande del peritoneo. Por fin resolví apartarme de aquel verdadero nido de intestinos y pelotones epiploicos adherentes y comprendiendo toda la zona umbilical entre dos grandes incisiones curvas, tocándose por sus extremos, intenté resecar toda la región umbilical. Al llegar á donde debía yo cortar el peritoneo parietal, encontré una membrana gruesa, muy tensa y de color fibroso, que atravesaba por el fondo de la herida. Tomé aquello por una adherencia entre el peritoneo parietal y la cápsula del quiste, y según mi costumbre, incindí francámente esa membrana. Debo advertir de paso, que yo muy rara vez punciono con trócar los quistes del ovario: me limito á abrirlos francamente con el bisturí, y á vaciarlos con comodidad. Al abrir aquella especie de cáscara dura y resistente que yo tenía ante mi vista y bajo mi dedo, yo contaba con ver saltar el contenido más frecuente de los grandes quistes ováricos: la gelatina ovárica. ¡Pero cuál sería mi sorpresa, al ver surgir un poderoso chorro de serosidad verdiosa, francamente purulenta, que al irse extinguiendo arrastraba asas intestinales amarillentas! ¡No sólo no había caído en la cavidad del quiste, sino que aquel derrame estaba libre en la cavidad del vientre; aquel pus surgía de la gran cavidad peritoneal y las asas intestinales nadaban bañadas entre sus ondas! Y allá en el fondo de la incisión, cubriendo el campo profundo de mi inspección, se veía brillante, nacarada, la cáscara fibrosa de un enorme tumor interno! Con compresas y expresiones, como me fué posible, acabé de vaciar todo el contenido sero-purulento del abdomen. Grandes masas epiploicas se adherían al tumor profundo; segmentos intestinales inmóviles recorrían serpenteando la abrillantada superficie del quiste y no pocas placas amarillentas y natas purulentas verdiosas delataban el trabajo flogístico que tan vivamente se verificaba en la superficie del tumor. Nueva incisión del quiste y nuevas oleadas de líquido purulento. El contenido del quiste era exactamente igual á la ascitis purulenta observada anteriormente. Midiendo la cantidad de líquido purulento recogido por mi hábil Superiora de la Casa, Sor Carmen de la Garza, encontró la crecida cifra de *cincuenta litros*. Pudiendo evaluarse en ocho ó diez litros más la cantidad de líquido derramado entre las compresas y mesa de operaciones. La extracción del quiste fué obra de muchísima paciencia. Fué preciso practicar grandes resecciones, no pocos despegamientos y multitud de suturas y ligaduras viscerales y pélvicas. El quiste tenía su implantación sobre el ovario derecho: su pedículo grueso como un dedo pulgar, estaba edematoso, rojizo y retorcido de derecha á izquierda. Medía como catorce centímetros de longitud y su extrangulación se había hecho precisamente cerca de su implantación en el mesometrio correspondiente. Por fin aquel vientre quedó libre de su tumor: hice las reparaciones peritoneales adecuadas, la hemostasis absoluta y *sin lavado peritoneal consecutivo*, procedí á la oclusión del abdomen. Pude ver que el peritoneo parietal, tenía un espesor como yo jamás lo había observado. En ciertos puntos, mejor dicho, zonas, alcanzaba hasta cinco milímetros de espesor y parecían verdaderas callosidades de la se-

rosa. La consistencia del peritoneo, era en estos lugares durísima y con dificultad pasaba yo las agujas de sutura gruesas. Los signos de una peritonitis crónica intensa estaban marcadísimos: las adherencias intestinales eran múltiples y algunos lugares del gran epiplón hallábanse enteramente negros y como gangrenados. Rellené la cavidad abdominal con gasa aséptica, y dejé aquella enorme herida abierta en toda su extensión. Esa amplísima abertura me serviría más tarde para hacer amplios lavados al peritoneo, si sobrevenían signos agudos de infección.

La enferma soportó admirablemente la operación: su estado general no sufrió profundamente, su respiración no se alteró y su circulación permaneció tan regular como al principio. Los primeros días la curación se empapaba en un líquido sero-sanguinolento muy abundante, obligando á cambiar el revestimiento exterior de ella, dos ó tres veces al día, después aquello cesó, y por fin nueve días después, cloroformé nuevamente á la paciente y le cerré su herida abdominal por mi procedimiento especial de Celiorrafia anterior. La curación continuó acentuándose y un mes después esta señora abandonaba mi Sanatorio completamente curada y con el mismo semblante lleno, risueño, satisfecho, con que había llegado desde el primer día.

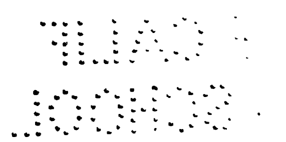
Y al terminar tan interesante narración, repetiré lo que alguna vez ya escribí: *en clínica no siempre hay una relación constante entre el aspecto general de los enfermos y los sufrimientos que experimentan, con la extensión y la gravedad de las lesiones profundas.* Esta máxima no debe olvidarse jamás al asentarse todo pronóstico; pero donde es más importante y de trascendencias mayores, es en la *clínica abdominal.*

De esta enferma hablamos aun con frecuencia el Dr. Luis Morales Cortazar, que me ayudó á operar; mis practicantes Antonio Valdez Rojas, Ignacio Martinez y varios otros; estoy cierto que aún la recordará mi amigo el Dr. Arturo Méndez, y no dudo de que también la recordará el Dr. Francisco Carral que me hizo el favor de anestesiarla dos veces con verdadera maestría.

Y si alguna vez, alguno de mis lectores pasare por la ciudad de Puebla y recordare levemente la curiosa historia que hoy tengo á honra relatar, procure conocer al Sr. Severiano Merino, distinguido caballero, que podrá terminar mi narración, dándole los ulteriores informes sobre el lapso de tiempo que transcurra desde hoy, que firmo yo mi historia y aquél en que el interesado lector termine sus investigaciones.

México, Marzo 20 de 1904.

DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA.



SECCIÓN XVII.

TERAPÉUTICA

ESTADOS CONGESTIVOS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

El Dr. Monin, antiguo conocido de nuestros lectores, va á darnos hoy el tema de nuestro artículo mensual porque en su último trabajo toca un punto de los que son de nuestro particular agrado, abordando un asunto que es sin duda de interés por la frecuencia con que en la práctica diaria se nos presentan los casos á que se refiere.

Como con toda justicia afirma el autor, los estados congestivos del pulmón frecuentemente constituyen enfermedades insidiosas cuya existencia puede pasar desapercibida si no se hace un examen atento del enfermo, para asentar un diagnóstico preciso. Frecuentes en la infancia, sorprenden por su rapidez y fugacidad, así como por su movilidad. Ya es violentísima y constituye un peligro inmediato, ya es breve y ligera pero significa un temor para el porvenir. En este último caso, el tratamiento será ante todo higiénico, pero en el primero es necesario oponer una terapéutica ruda y activa para refrenar la marcha inexorable y peligrosa de la congestión.

El temor de los enfriamientos es laudable, en la infancia sobre todo, en que domina la anemia y el linfatismo, por lo cual hay que acorazarse contra él por el método de Locke, ó sea el de *endurecimiento*, evitando el calor artificial y el encierro en nuestras habitaciones durante la mala estación.

La vida al aire libre nos hace aguerridos contra el frío y sus peligros ofensivos y nos hace resistirlos victoriosamente. Con vestidos apropiados, buena alimentación é higiene, se combate la predisposición y se previene la debilidad respiratoria. «Abre la ventana,» dice un adagio oriental, «porque es la salud la que entra por ella.»

La respiración por la nariz es racional para purificar, calentar y humedecer el aire, siendo necesarios de 10 á 12 metros cúbicos por hora para que sea enteramente saludable.

Un esputo de sangre, continúa diciendo el Dr. Monin, indica una fluxión ó congestión del aparato respiratorio, determinada por una excitación exterior ó una granulación tuberculosa; viéndose con frecuencia iniciar una neumonía sospechosa, la del vértice, y alguna vez señalando una insuficiencia de la válvula tricúspide del corazón. En este caso es el mejor tratamiento administrar un gránulo de digitalina cada tres ó cuatro horas.

Cuando la hemoptisis aparece en un joven artrítico, débese administrar la emetina, alternando con la helenina y la cuassina; y con mayor razón con el mentol. El reposo absoluto, los sinapismos, una alimentación moderada, asegurarán la constricción vascular.

En los tuberculosos aconseja el autor, un gránulo de ergotina cada hora y una cucharada 3 ó 4 veces al día de la poción siguiente:

Jarabe de quina	200	gramos.
Extracto de ratania.	20	»

Elíxir paregórico	10 gramos.
Terpina	5 »
	M. S. A.

Debe evitarse todo medicamento que aumente la tensión arterial y si la hemoptisis fuese abundante, se entorpecerá la circulación de vuelta con ligaduras en los miembros.

Si la hemoptisis se acompaña de estertores subcrepitantes en la base del pulmón, es gravísima, pues como dice Daremberg, señala y caracteriza el principio de una bronco-neumonía infecciosa. En este caso es necesario recurrir á las ventosas usadas *larga manu* como derivativos, la limonada sulfúrica y los gránulos de hidroferrocianato y de ergotina, prescribiéndose dos cada hora.

El Dr. Monin afirma que en un caso de abundante hemoptisis en un tuberculoso, se favoreció la coagulación de la sangre y la suspensión de la hemoptisis con gránulos de codeína y de narceína, favoreciendo la inmovilización de los pulmones. Agrega en este caso el cloruro de calcium en poción para aumentar la coagulabilidad de la sangre.

En las congestiones que preceden á la tuberculosis aconseja los gránulos de aconitina y de veratrina, dados á dosis muy pequeña pero repetida, lográndose dominar la tos penosa y la aceleración respiratoria, la agitación insólita del pulso y la hinchazón de las manos, que Trousseau señala como un elemento para asentar un pronóstico grave en la neumonía infantil y en los jóvenes tuberculosos.

Monin aconseja proceder del mismo modo en la congestión gripal del pulmón, sustituyendo la peligrosa expectación por una alcaloidoterapia justificada y lógicamente impuesta.

Cuando la espesa secreción mucosa aumenta la opresión ó impide la resolución del estado congestivo, aconseja los gránulos de sulfidral, de yodoformo y de hipofosfito de sosa administrados durante varios días.

Si por astenia del miocardio el corazón desfallece, la cafeína, la esparteína y la estrofantina en cucharaditas de café ligeramente alcoholizado, dan el tratamiento mejor y racional. Una vez obtenido el triunfo y dominado el mal, es indispensable instituir un régimen higiénico: el reposo y la vida en el campo. Sólo así se evitará la recaída.

Aun en caso de catarro, el Dr. Monin recomienda la ducha fría que logra descongestionar los bronquios, sin que esto signifique la eliminación del tratamiento del estado general, modificando el linfatismo por el fósforo, por el yodo, el arsénico, el aceite de hígado de bacalao y el sulfhidral. No es preciso insistir en la necesidad de tratar quirúrgicamente todo aquello que lo requiera, como las amígdalas hipertrofiadas, los adenoides de la faringe, etc., que son causa de una irritación persistente y de obstrucción para las vías aéreas. La higiene de las habitaciones es también indispensable.

El papel desempeñado por los microrganismos en la congestión pulmonar no es dudoso, y esta etiología, antes señalada como acción nociva del polvo, por los antiguos patologistas, debe combatirse con la fumigación de las habitaciones con azufre, trementina, eucalyptus, etc., siendo sin embargo indispensable el sol y la buena ventilación. Las pulverizaciones de vapor son un medio excelente para precipitar el polvo de la atmósfera neutralizando los gérmenes, humedecer el aire y facilitar las funciones de los bronquios.

El Dr. Monin termina su trabajo recomendando no se olvide que existen verdaderas epidemias de congestión pulmonar, que pudieran denominarse «caseras,» y que no deben ni pueden confundirse con las gripales, porque éstas atacan de una manera especialísima al sistema nervioso y tienen siempre como acompañamiento el dolor de cabeza, las nevralgías, la somnolencia y la característica postración. Como es de antigua observación esa astenia, es el carácter patognomónico de la infección gripal.

Permítasenos ahora agregar algunas palabras sobre el interés positivo que debe haber en tratar correctamente las congestiones pulmonares, que con tanta frecuencia aparecen como primera etapa de estados patológicos de grave significación.

Precisamente en el núm. 3 de *The Medical World*, tomo XXII, correspondiente al mes de Marzo que acaba de finalizar, que se publica en Philadelphia, encontramos un editorial sobre esta materia.

En este trabajo se discute la cuestión de la propia individualidad, por decirlo así, de la congestión pulmonar, que está muy lejos, en efecto, de ser siempre é invariablemente un estado que signifique neumonía, por más que evidentemente sea su primera etapa.

La congestión pulmonar activa ó pasiva, puede sin duda alguna existir aislada y sin que venga consecutivamente y de una manera ineludible la hepatización. El estado congestivo pulmonar, como afirma el autor del artículo que mencionamos, es un incidente y no una enfermedad en toda la extensión de la palabra, no una entidad nosológica.

De ello se deduce que no es posible jamás, cuando se observa un caso de congestión, afirmar que se trata ya de una neumonía incipiente, pues si bien es cierto que constituye su iniciación, también es verdad que con frecuencia no lo es.

En la duda, sin embargo, débese, al combatir una congestión, emplear los recursos terapéuticos de que hemos hablado, para prevenir la aparición de los fenómenos que constituyen la neumonía.

DR. E. L. ABOGADO.

ANTIGUAS Y NUEVAS IDEAS SOBRE LA GONORREA

La edad histórica del catarro contagioso y frecuente llamado *gonorrea*, es probablemente la misma edad histórica de la raza humana. En el libro III de Moisés, tratando de castigar á Israel con muchas enfermedades por su idolatría, ya encontramos mencionados los «condilomata acuminata.» Paul de Aegina (Paulus Aegineta) el gran sifiliógrafo del siglo séptimo de la era cristiana, fué el primero que dió una descripción clínica de la gonorrea, sin extenderse demasiado, sin embargo, sobre la etiología y terapéutica de la enfermedad. Razón tenía para ello, puesto que la génesis de la gonorrea permaneció en la obscuridad durante catorce siglos aun y el tratamiento fué entonces como ha comprobado serlo todavía hace medio siglo, algo inútil y sin ayuda por parte de los conocimientos médicos. La facilidad para obtener los remedios y la fácil técnica para aplicarlos, influenciaban al enfermo como en la actualidad,

para emprender ellos mismos el tratamiento, creyendo que lo que el médico hace en un caso de éstos puede ser hecho por otro cualquiera.

Casi todos los remedios que figuran en la actualidad en nuestras farmacopeas como eficaces contra la gonorrea, fueron conocidos en la más remota antigüedad. Los negros del Africa Central enfermos del específico flujo, mastican madera de sándalo mientras conducen sus cargas al través de sus bosques, lo mismo que lo masticaban sus antepasados muchos siglos hace. Los indios de la América del Norte, los aborígenes de la América Central y de América del Sur conocieron las bayas, cortezas, raíces y frutos ó nueces que contienen algún aceite esencial y bálsamo antes que el hombre blanco hubiese puesto el pie en sus remotas playas.

Muy natural parece que una enfermedad tan antigua, tan común y tan obstinada como la gonorrea, cayese bajo el dominio de la superstición en todas partes y en todos los tiempos. El origen de ella es desconocido y antes del descubrimiento del gonococo, por Neisser, en 1879, todo lo que sabíamos sobre la enfermedad en esta línea era que es contagiosa fácilmente. En la Edad Media y entre los pueblos de Europa, la gonorrea fué considerada como una fermentación de la sangre, necesaria y provechosa para la salud del hombre al llegar á la pubertad: y aún en la actualidad muchos ignorantes la consideran como un proceso purificador del aparato genital, que llaman «purgación.» En tiempo de Paracelso (1520), era acusada como causante de ella una constelación desfavorable situada entre Júpiter y Saturno.

No es por consiguiente de extrañar que las fantásticas ideas y obscuridad completa sobre la etiología de la enfermedad dieran por resultado métodos de tratamiento terribles y en consonancia con su ignorancia y extravagantes barbarismos. Como la lepra, cuyo curso trataban de detener los sacerdotes-médicos de Palestina entre los Caballeros Cruzados, lavándoles con la sangre viva de las vírgenes, la gonorrea todavía en nuestro siglo XX, entre los salvajes de algunos países más ó menos civilizados, demanda el sacrificio de vírgenes también. La absurda y horrible idea de que la cohabitación con una doncella cura la específica enfermedad, existe aun por desgracia.

Los adelantos de la ciencia médica relativamente á la Gonorrea han sido en verdad insignificantes en toda época y no han hecho avanzar mucho su tratamiento en la era médica moderna.

A mediados del siglo XIV la formación y sostenimiento de grandes ejércitos armados en la Europa Central, hizo tomar un gran incremento á la cirugía militar y de campaña, y la Gonorrea, la enfermedad por excelencia del soldado, comenzó á ser mejor conocida y mejor atendida. La dura necesidad fué entonces como siempre la madre del progreso. Entre salvajes, desaseados, mal comidos y mal alojados, expuestos á las penalidades tremendas de las marchas y de los sitios, entre las tropas de aquel tiempo, se desarrolló la Gonorrea como terrible epidemia, haciendo terribles estragos entre las tropas. Más de una vez fué descrita la blenorrea de los ojos y oftalmía gonorreica como un azote de los ejércitos semejante á la peste ó á la fiebre de los campos. Así por ejemplo, el aguerrido ejército de Carlos V en el sitio de Metz, fué rudamente afligido por una enfermedad de los ojos emanada sin duda alguna de la gonorrea. En el mismo sitio de Metz, mientras los alemanes y los españoles eran diezmados por la fiebre de infección que atacaba á todos los heridos, Ambrosio Paré logró suprimir la asoladora sepsis instituyendo la curación de todas las heridas por medio del aceite hirviendo.

El estudiante de medicina de México á mediados del siglo XVIII, debe haber leído entre sus libros de texto el siguiente:

«Los principios de cirugía de Mr. Jorge Lafaye, Profesor Real de Cirugía; Cirujano de los Ejércitos y Armadas de S. M., Director . . . . . etc., de París, traducida al español por D. Juan Galisteo, Médico de la Corte en Madrid, etc.» Esta obra encierra una interesante fórmula para las candelillas usadas contra la gonorrea, que es como sigue:

«Rp. Aceite común. . . . 1 libra. Vino tinto. . . . 1/2 libra. Pichón vivo y pelado. . . . 1. (Se cocerá todo en una cazuela nueva, luego que el animal esté bien cocido se quita. Añádese poco á poco con una espátula de madera: Minio y Litargirio. . . . aa. 4 onzas). Se cocerá todo dos horas y después se derretirá: Cera amarilla y pez de Borgoña. . . . 4 onzas. Esperma de ballena. . . . 2 onzas. Emplasto diaquilón. . . . 1 onza. Añadésele por último: Polvo de zuelas de zapatos viejos quemados.»

Es indudable que el «pus bonum et laudabile» con tales «candelillas» aparecería en satisfactoria cantidad, como un signo de bonanza y mejoría para el cirujano tratante.

No tenemos sin embargo razón para ridiculizar á nuestros antepasados por sus primitivos recursos terapéuticos ó por los métodos empleados en aquellos tiempos. Ellos fueron prácticos tan justificados y honrados como lo somos nosotros ahora, quedando tan satisfechos de la corrección de sus procedimientos como nosotros en la actualidad. Nuestros métodos no obstante y los resultados que con ellos obtenemos, están en verdad muy lejos aun de ellos, pero también lejos se hallan todavía de constituir un triunfo y una gloria para la medicina.

Tres distintos ramos de la ciencia médica moderna han contribuído con sus adelantos y cada cual de distinto modo, á mejorar el tratamiento de la gonorrea: la asepsia y la antisepsia; la hidro y la termoterapia y la dietética fisiológica y correcta.

Al principiar la era de la antisepsia con el entusiasmo con que comienza siempre toda innovación, las soluciones germicidas, frecuentemente de peligrosa concentración, comenzaron á sustituir las puramente astringentes (sulfato de zinc, acetato de plomo, vino, vinagre, champagne, etc.), pero con mucha frecuencia, con desastrosos resultados. Pero bien pronto vino la reacción y á la antisepsia vino á sustituir la asepsia en combinación con los astringentes, porque aunque la antisepsia destruye los gérmenes presentes en la uretra, al mismo tiempo aumenta la inflamación de la membrana mucosa é impide la pronta y completa restitución de su epitelio. La asepsia sin embargo, hará todo lo necesario para obtener una perfecta limpieza, dejará un terreno propicio para obtener la acción de los astringentes y á lo menos un alivio espontáneo.

La hidro y termopatía abogaron por el uso de copiosas irrigaciones, ya frías ya calientes, dejando al espíritu del tiempo la sustitución de suaves y moderadas, pero muy moderadas, soluciones antisépticas en vez del agua pura.

Un conocimiento más profundo de la fisiología y de la química de la nutrición y de asimilaciones, ha conducido á alimentar á nuestros enfermos de gonorrea, excluyendo severamente todos los irritantes y solo permitiéndoles lo más inofensivo.

Asepsia, calor húmedo, suaves y cuidadosas irrigaciones, inyecciones astringentes tan sólo cuando ha pasado el período inflamatorio y una dieta se-

vera; he aquí los verdaderos adelantos en la uroterapia genital de la ciencia médica moderna, y á ella únicamente nos ceñimos.

Seanos permitido para concluir el condensar en pocas palabras los principios de nuestro sistema para tratar una simple gonorrea en la actualidad.

Durante los primeros 5 ó 7 días de tratamiento nos abstenemos completamente de toda medicación local, excepto de baños tibios ó calientes (baños de asiento). Estos deben tomarse al acostarse. Al interior prescribimos el «Balsamum nigrum peptonatum,» en una dosis tal, que el estómago del paciente no sufra perturbación alguna y sujetamos á nuestro enfermo á una dieta rigurosa, limitando su trabajo y el ejercicio.

Durante la segunda semana continuamos con el mismo tratamiento y comenzamos las irrigaciones diariamente ó cada tercer día con una solución al 1 por 1000 de permanganato de potasa (250 gramos á lo más) y á la temperatura de la sangre. Para estas irrigaciones usamos un tubo ó cánula de goma blanda y calibre delgado, introducida en sus dos terceras partes en la uretra y conectado con un pequeño irrigador de cristal. Dejamos correr el líquido con una presión ligera, la necesaria únicamente para atravesar la uretra, interrumpiendo de vez en cuando el chorro con la presión de los dedos sobre el tubo conductor. El chorro continuo y con presión considerable, la experiencia nos lo ha demostrado, es perjudicial y dañoso para la membrana mucosa, porque produce el maltrato é hinchazón de las celdillas superficiales de la uretra y engendra una predisposición para las complicaciones.

Apareciendo la uretra tensa al derredor de la cánula después de la irrigación, deducimos que ésta no ha sido provechosa.

Cuando el flujo comienza á dominarse, al fin de la segunda semana, hacemos algunas inyecciones con la geringa, si es preciso sobre la mesa de operaciones, generalmente cada tercer día tan sólo. Nuestra solución favorita en esa época es la siguiente: Protargol, 0.50 centigr.; agua dest., 100 gramos. Después de cada inyección, el paciente debe permanecer recostado por espacio de una media hora, bien cubierto.

En el caso de una simple gonorrea, muy rara vez tenemos necesidad de otro tratamiento, y dejamos al enfermo ya, siguiendo únicamente á dieta y tomando baños de asiento durante una ó dos semanas, como único tratamiento final.

El tratamiento peptonado interno es continuado cuando menos diez días después que el flujo purulento ha desaparecido por completo, con nuestro «Bálsamo negro peptonado,» porque hemos encontrado que da mejores resultados que el sándalo, la cubeba, la copaiba, etc., ya separadamente, ya en diferentes combinaciones.

Para combatir el penoso síntoma de las erecciones que muchos enfermos acusan, les recomendamos colocar al lado de la cama alguna pieza de metal, que se pone en contacto con el miembro á la primera señal de excitación sexual, con buen resultado.

Dr. Jacob Horsch.

México, Febrero de 1904.

SECCION XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

I. ¿Será el mismo insecto (¿Ixodes?) el conocido con los nombres de *turicata* en Jalisco, *guajesquite* en Guerrero y *talaje* en Veracruz, cuya picadura casi siempre produce en el hombre comezón insoportable, ulceración y hasta grandes abscesos?—¿Hay algún tratamiento curativo especial?

* * *

II. ¿Se han estudiado los efectos curiosos que produce el árbol *tetatia* al hombre que se guarece tan sólo á su sombra ó lo toca, produciéndole una gran ulceración impetiginosa general? ¿Y los del árbol conocido con el incivil nombre de *hincha-huevos*, que causa una exagerada inflamación del escroto, que á la simple vista parece una orquitis doble? Estos casos se observan en los campesinos con frecuencia y el tratamiento sintomático no da resultados satisfactorios.

DR. VICENTE L. OROZCO.

San Juan Evangelista, Ver.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

EL RADIO Y SU VALOR TERAPEUTICO

POR EL DR. FRANCISCO SCHULDT.

Oimos por todas partes de las investigaciones emprendidas con el interesante metal, el RADIO, y damos brevemente los resultados observados hasta la fecha.

John Mc Intyre ha empleado el remedio con buen éxito en los siguientes tres casos:

Caso 1º *Lupus* extenso del dorso de la mano derecha. Aplicado el radio tres semanas. Resultado, una curación completa. Las sesiones duraron de 10 á 20 minutos diariamente, de conformidad con la reacción de la piel.—Caso 2º Mujer, edad 28 años, *lupus vulgaris* de un diámetro de cerca de tres centimetros, en parte situada sobre y en parte adentro de la nariz. Con aplicaciones como en el caso primero, una cicatrización completa resultó al fin de la cuarta semana.—Caso 3º *Ulcus rodens*, curada en dos semanas con el maravilloso metal.

Oudin, de París, ante la Academia de Medicina de esa ciudad, dió una conferencia sobre varias curaciones que hizo de *lupus vulgaris* con el radio.

De sumo interés son las investigaciones del (ahora difunto) Prof. Gussembauer, de la Universidad de Viena, quien trató una serie de cánceres con radiaciones del radio. Dos casos estaban completamente curados, y los otros experimentaban un alivio muy notable. Uno de los casos pasó en un hombre de 61 años de edad, que padeció con un *epithelioma* de los labios y del hueso maxilar inferiores por un período de cinco años. Fué operado tres veces y se presentó otra vez en la clínica. Ahora el caso estaba declarado inoperable, y una prueba con el radio fué emprendida, resultando la desaparición de todo el tejido enfermo.

Willy Meyer, de Nueva York, tenía un enfermo quien curó con los rayos X durante un año, sin ningún resultado. Al fin empleó el radio, con cuyo remedio desapareció la mayor parte de la enfermedad. Una curación completa no era posible, á causa de que las partes antiguas del tumor ya habían llegado á tal profundidad, que no era posible que los rayos del metal penetrasen hasta allí.

Andrew H. Smith, Presidente de la Academia de Medicina de Nueva York, ha curado un cancroide con cinco radiaciones.

Caspari y Ashkassi han expuesto culturas del *micrococcus prodigiosus* á los rayos del radio. En tres horas los organismos perecieron.

Soddy disuelve de 5 á 10 miligramos del bromuro del radio en agua y hace que se hagan inhalaciones de los gases resultantes á los clientes que padecen de tuberculosis pulmonar y de la laringe. De esta manera, se dice, el *bacillus tuberculosis* será destruído en el pulmón.

Darier, de París, está llamando la atención sobre la acción *analgésica* del radio y su valor como un tónico nervioso. Luego estas propiedades del metal

han sido confirmadas por parte de otras autoridades. Un *carcinoma* de la cara con pocas aplicaciones se hizo indoloro. Los dolores de la *cyclitis* y la *iridocyclitis* desde luego se quitaron. Darier ha probado el remedio en cierto número de casos, pudiendo verificar estos fenómenos en otras condiciones con el mismo éxito. Notables son dos casos de *convulsiones*. Un enfermo tenía ataques diarios y el otro varias veces en la semana. La aplicación del radio á las sienes por tres días, tenía por resultado una cesación de los ataques. ¡Un caso de *parálisis aguda* del *trigémino* se curó con una sola aplicación! (¿Realidad... histeria.... ó sugestión?....)

Francis H. Williams aplicó el radio en 42 enfermos, siendo entre ellos 23 casos de *epitelioma*. Once de esos se encuentran curados, y doce se hallan en vía de un completo alivio. De cuatro casos de carcinoma de las mamas, tres casos han dado buenos resultados. Dos casos de *ulcer rodens* han cicatrizado y tres casos han mejorado. El autor ha observado que los rayos *gamma* del radio tienen el poder de penetrar profundamente. Los rayos *beta* solamente son provechosos y utilizables para la superficie.

Scholtz (de Berlín) ha experimentado con afecciones de la piel y con tumores. Está alabando la comodidad de aplicar el radio á las cavidades del cuerpo, boca, nariz, faringe, laringe, vagina y hasta la vejiga. Llama la atención sobre la posibilidad de introducir una partícula del remedio dentro de tumores situados en partes profundas.

Davidson ha empleado el radio en *ulcus rodens* de la nariz, con éxito satisfactorio.

Para la tuberculosis de la laringe y de los pulmones, un tubo de radio se sumerge en un vaso con agua. Desde luego el agua se vuelve radioactiva. Las inhalaciones hechas con esta agua con un éxito aparente, se han aducido en las enfermedades de la laringe; haciéndose visible la mejoría por medio del laringoscopio.

En *cánceres de la matriz*, las hemorragias, el dolor y la secreción, desde luego se disminuyen con el radio, y un mejoramiento notable se ve después de pocas aplicaciones.

El *tic doloroso* del segundo ramo del trigémino se alivió en tres casos muy rebeldes, según la literatura francesa.

El radio es extraído por complicados procedimientos del *Pechblende*. Desgraciadamente es tan corta la cantidad encontrada en el mundo de esta substancia, que su precio es casi inaccesible, estimándose en 30.000,000 de francos el kilo aproximadamente.

El que estos datos escribe ha logrado traer á esta capital 105 miligramos, con los cuales se propone, en compañía del Dr. Abogado, Director de esta publicación, emprender una serie de investigaciones en todos los casos en que esta moderna medicación sea aplicable.

México, Marzo 30 de 1904.

DR. J. SCHULDT.

NOTAS

CORRESPONDENCIA DEL DIRECTOR DE LA "CRONICA."

No habiendo recibido aún contestación á las cartas que por diversos asuntos ha tenido el gusto de dirigirles, nuestro Director nos recomienda expresemos á los señores siguientes el deseo de recibir sus estimables letras:

Sres. Dres. Reynaldo Suárez, de La Piedad; Pedro M. Acosta, de Guadalajara; J. González Ibarra, de Etzatlán, Jal.; J. B. Gutiérrez, de Querétaro; Pedro N. Rentería, de San Luis Potosí; A. Buentello, de Bustamante, N. L.; Benjamín Cancio Alvarez, de Papantla; Arcadio J. Ojeda, de Veracruz; Prof. Eduardo Vignon, de Orizaba; A. Canto Pérez y Joaquín Hernández, de Progreso; Domingo Amábilis, de Tekax; Pedro J. Mireles, de Linares; Juan B. Calderón, de Puebla; y Juan Villaseñor, de Silao.

PROMESA CUMPLIDA.

Vencidas algunas dificultades, y comprendiendo su positivo interés, desde el presente número volvemos á dejar establecida la Sección de la Revista, en que se consignará por varios compañeros, cuyo concurso tenemos bondadosamente ofrecido y asegurado, todo lo más interesante y de actualidad que nos brinde la prensa médica extranjera.

INTERESANTE A NUESTROS LECTORES.—EL RADIUM.

Como verán nuestros apreciables lectores, en la sección XXVIII, ó sea en la *Revista de la Prensa Médica Extranjera*, el ilustrado Dr. S. Schuldt, establecido tiempo ha en esta Capital, nos ha favorecido con unas notas sobre el interesantísimo y novísimo metal descubierto por los esposos Curie, el maravilloso *radium*, que tan justamente está cautivando la atención pública por sus extrañas y aun poco conocidas propiedades físicas, químicas y terapéuticas.

El Dr. Schuldt, que sigue con interés las investigaciones que en todas partes se están haciendo sobre el *radium*, y que serán conocidas de nuestros lectores á medida que aparezcan en la prensa extranjera, acaba de recibir en dos fracciones y con diferente radio-actividad, la cantidad de 105 miligramos.

El apreciable Dr. Schuldt ha tenido la amabilidad de invitarnos para emprender un estudio serio sobre la acción terapéutica del nuevo agente, cuya eficacia en ciertas rebeldes afecciones de la piel y en ciertos cánceres, encuéntrase ya defendida por clínicos distinguidos.

Sin esos entusiasmos exagerados y prematuros, y sin esa credulidad indebida con que generalmente se acogen las novedades, sino con la buena fe y severidad que debe caracterizar al investigador, aplicaremos desde luego este tratamiento en los enfermos de nuestra clientela ó que nos sean confiados por nuestros compañeros, dando en este periódico cuenta exacta del resultado obtenido, sea cual fuere. De esa manera podremos justipreciar personalmente el valor del metal en boga.

Desde hoy asimismo, consagraremos mensualmente en la «*Revista de la*

Prensa Médica Extranjera,» un espacio especial para seguir los trabajos que se han emprendido por doquiera. Existe una nueva publicación francesa «El Radium,» de la cual sólo han aparecido tres números, que nos proporcionará acaso un resumen de los hechos clínicos suficientemente comprobados y legítimamente adquiridos.

Nosotros, como acabamos de manifestar, procuraremos que los casos personales queden completamente justificados, haciéndose antes de emprender el tratamiento el estudio microscópico del neoplasma y si posible fuere, la fotografía de la región invadida, que servirá después para estimar la acción verdadera de la radioterapia.

E. L. A.

LAS JERINGAS DE LUER.

Las jeringas para seroterapia, que el fabricante cuyo nombre llevan ha logrado acreditar por su notable buena construcción, y que un estimable compañero nuestro puso á la venta por intermedio de la Administración de la *Crónica*, se encuentran casi agotadas, por lo que suplicamos á aquellos de nuestros lectores que deseen obtenerlas, se sirvan indicarlo, para poder obsequiar sus pedidos. Como lo hemos hecho constar anteriormente, todas estas jeringas, las de 5, las de 10 y las de 20 gramos, tienen su estuche niquelado y dos agujas de platino iridiado como dotación.

NECROLOGIA

EL DR. FRANCISCO DE P. CHACON.

Inteligencia, amor, fuerza, entusiasmo y gloria.... ¡todo cae!.... ¡Todo llega al caos difuso de los sucesos verificados y todo vuelve á surgir!.... ¡nada se pierde! ¡Chacon cayó! Su nombre desprendido de la ciencia nacional, ha cedido á la pesantez fatal de la muerte, y la historia lo recoge y lo fija. La luz de la gloria resplandece en su sepulcro, y la humanidad agradecida lo declara bienhechor. La caída de los grandes mexicanos seméjanme plumas desprendidas de nuestra águila de Anáhuac, que, cerniéndose sobre las altas sierras, deja caer su despojo en el espacio de las nubes y blandamente es recogido en los corazones de nuestros hermanos. Chacón fué grande y fué bueno: ¡felices los que lo conocieron y amaron! ¡tristes hoy los que lo comprendieron y admiraron! Atravesando el mundo de la lucha y del saber, guiado siempre por la luz de la instrucción y de su arte, como cirujano alcanzó el santuario de la fama; como hombre fué afectuoso con los que siguieron su fe y reconocido con los que le inspiraron la suya....

Largo tiempo su voz llenó las aulas; muchos años condujo espíritus tiernos por el campo del estudio, y multitud de veces entreabrió á sus discípulos las cortinas que velaban el secreto de su gloria y les comunicó su fama. Hería

la mente con sus oráculos pronósticos; hablaba á los ojos con la voz de sus milagros.... ¡La Tierra vió sus obras, hoy el cielo sabe su nombre!

¡Pobres los muertos! Como ríos que se alejan de sus fuentes, así el recuerdo entre sus semejantes se va borrando: los años hacen palidecer las más refulgentes aureolas, y las nieblas del pasado obscurecen los más brillantes recuerdos! Con los años, la Humanidad va dejando gastarse los nombres de aquellos que más sufrieron por ella, y al final ¡quién lo dijera! los hombres mismos llegan hasta interponer la duda entre la grandeza de sus SUBLIMES MUERTOS y la verdadera realidad de los hechos.

Este mundo, por el que se lucha, se trabaja, se sufre y se muere rendido de cansancio, olvidará bien pronto el nombre del BENEFACTOR y del ATLETA DEL ALTRUISMO.... ¡no importa! ¡CHACÓN, tu nombre vivirá algo más! Serás olvidado, tus proezas serán leyendas, tus virtudes y tu genio serán vistos como confusa tradición....; pero antes de que tu fama se apague, antes de que tus semejantes, ingratos, te borren de la lista de sus manes intelectuales; antes, por fin, de que el tiempo extienda entre los hombres y tu recuerdo el tupido torbellino de sus polvosos despojos, todos tus discípulos habrán luchado por ti; todos habrán sucumbido, inculcando á lo lejos tus doctrinas; todos habrán cumplido su misión de vida y de salud, sembrando por doquiera tu nombre venerado; todos habrán ido contigo á ensalzar con sus sepulcros la odisea del GRAN MISTERIO y á contribuir con sus glorias y sus famas á la cauda de prestigio que has dejado.... ¡Con ellos acabarás de morir! ¡Con el último de los que te conocieron morirá tu nombre! Mientras uno de ellos viva y trabaje; mientras uno conserve voz para proclamar tus doctrinas y pecho para imitar tus virtudes, tu muerte será aún incompleta; después.... después tu nombre será tradición, recuerdo confuso, vaga leyenda. Cumpliráse en ti el destino que lentamente va borrando el prestigio de Sócrates, de Pitágoras y Platón; las virtudes de Bacón, de Descartes y de Spencer; la grandeza del Cristo y de su idea!.... ¡Que extraña y funesta maldición parece la ley tremenda que exige que el hombre deje de creer mucho antes de que deje de vivir!

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

México, Marzo de 1904.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, MAYO 1º DE 1904. NÚM. 5.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO.

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION IV.

DOS CASOS DE LARVAS DE MOSCAS

DESARROLLADAS EN LAS FOSAS NASALES

Observación I.—En el mes de Mayo del año de 1901, fuí llamado para asistir á una niña de 10 años que, se me dijo, expulsaba gusanos por las narices. Al reconocer á la enfermita, la encontré en un gran estado de agitación, con movimiento febril intenso (más de 39º). Decía que sentía mucha picazón dentro de las narices. Salía por éstas un líquido sanguinolento abundante y de olor fétido. Se me dijo que habían salido también mezclados á esta secreción varios gusanos grandes de color blanco y de feo aspecto.

La mitad derecha de la cara estaba muy hinchada, los párpados, edematosos, cubrían completamente el globo ocular del mismo lado. En la parte superior de la nariz, sobre el hueso propio derecho, hacía saliente un pequeño absceso del tamaño de una avellana.

No obstante el estado de la enferma, pude obtener mediante un corto interrogatorio, los datos siguientes: me refirió que, algunos días antes, encontrándose una tarde en la escuela, sintió de repente que un animal se le introdujo por una de las fosas nasales (la derecha), que inmediatamente procuró sacarlo con los dedos, lo que hizo, pero fragmentando al animal mencionado, que era, dice, una mosca verde. A los 4 ó 6 días de este accidente, comenzó á sentir que *le picaban las narices*, síntoma que fué en aumento los días siguientes, á la vez que aparecían los demás anteriormente mencionados (escurrimiento sanguinolento fétido, hinchazón de la cara, etc.), que formaban el cuadro en el momento de mi primer reconocimiento.

Provisto de los datos anteriores, me fué fácil comprender que se trataba del desarrollo de larvas de algún insecto que había depositado sus huevos en la entrada de las fosas nasales. Hice inhalar cloroformo á la niña, y no tardaron en desprenderse tres grandes larvas como del tamaño de un grano de café, las cuales salieron por una de las fosas nasales; repetí en seguida nuevas inhalaciones, y siguieron saliendo en regular número y de diversos tamaños. En la misma sesión abrí el absceso extranasal, el que dió salida á pus fétido mezclado á sangre; apareció también por allí una larva, que extraje con pinzas. Me llamó la atención que el hueso propio de la nariz del lado correspondiente, es decir, el derecho, hubiera desaparecido por completo en su mitad inferior, así como algo de la porción cartilaginosa.

Ordené que se hicieran á la enferma frecuentes irrigaciones nasales con agua cloroformizada á saturación, é instilé por la incisión algunas gotas de esencia de trementina. Las larvas eran expulsadas unas, y otras, que pasaban á la faringe, eran deglutidas, encontrándose después en las materias fecales.

Encargué á la madre de esta niña procurara contar el número de larvas, y me dió cuenta de 74, número que puede tomarse como el más aproximado.

Después de 4 ó 5 días de tratamiento, todos los síntomas fueron disminuyendo progresivamente hasta desaparecer algunos, excepto el mal olor de las secreciones nasales. La herida que practiqué cicatrizó con lentitud, dejando una cicatriz hundida y deforme. Ordené lavados con soluciones débiles de permanganato de potasa y al interior preparaciones tónicas.

El hecho de haber encontrado destruída una porción del aparato de sostén de la nariz, me hizo pensar que indudablemente la niña padecía con anterioridad una lesión crónica de las fosas nasales. Interrogué á la madre en este sentido, y supe que hacía varios años que la niña tenía un catarro con expulsión, de cuando en cuando, de moco fétido; más aún, que esta fetidez se percibía á distancia. No pude averiguar cómo ni cuándo había sido destruído el osteo-cartilago. Obtuve, sí, dos datos de gran interés, á saber, que tanto el padre de la niña como la abuela materna habían fallecido de tisis pulmonar. Con estos detalles, y aunque no encontré en la enfermita lesión de los pulmones, sino solamente infarto de los ganglios anteriores del cuello, formulé el diagnóstico de *catarro crónico nasal*, probablemente de origen tuberculoso, ó sea *ozena tuberculosa* con lesiones del aparato osteo-cartilaginoso. Lamento no haber podido hacer un examen microscópico del líquido sanguinolento mezclado á pus que salió por la incisión que practiqué. La niña no tenía huellas de heredo-sífilis.

Madre é hija salieron poco después de esta población. Viven actualmente en una finca del Estado de Veracruz. He sabido que la niña aun tiene catarro fétido.

Observación II.—El día 9 del mes de Diciembre del año próximo pasado, un joven de 25 años, trabajador del campo, permaneció una noche entera durmiendo á orillas del río Grijalva, completamente á la intemperie. Había ingerido durante el día grandes cantidades de aguardiente, y estando ya ebrio había sido golpeado por varios compañeros. Pasados 3 ó 4 días, empezó á sentir hormigueos y picazón dentro de las narices, al mismo tiempo que escurría por éstas un líquido sanguinolento, lo que el individuo atribuía á golpes recibidos en la cara. Después de tres días de estos fenómenos, que gradualmente se iban acentuando, el enfermo se provocó estornudos por cosquilleo, y entonces notó con sorpresa que le salían gusanos de la nariz. Vino entonces á consultarme; estaba desesperado; decía que toda la cabeza le picaba y que sentía mucho

dolor en el oído derecho. La cara empezaba á hincharse; una secreción sero-sanguinolenta y fétida salía en gran cantidad de las fosas nasales. El enfermo no podía permanecer acostado, estando obligado á sentarse á cada momento, para asearse las narices.

Sometí á este individuo á un tratamiento semejante al de la niña de mi primera observación, es decir, frecuentes irrigaciones nasales con agua cloroformizada y también inhalaciones de cloroformo. Gran número de larvas del tamaño de un grano de arroz, empezó á salir por las narices, continuando así varios días, durante los cuales los fenómenos inflamatorios llegaron á notable intensidad, con fiebre de 39° á 40°, haciéndome temer por momentos la aparición de fenómenos cerebrales.

Desde el 28 de Diciembre dejé de ver al enfermo, quien á pesar de mis indicaciones, no quiso permanecer más tiempo en la población, y fué conducido á su casa, distante una legua, á seguirse curando según recomendé á su familia.

Se me avisó que desde el 6 de Enero el enfermo comenzó á aliviarse; ya no salían larvas y los fenómenos inflamatorios disminuían.

No volví á verlo sino hasta el 23 de Enero. Todos los síntomas habían disminuido notablemente, pero nuevos fenómenos llamaron mi atención: la voz del paciente era gutural, y supe que, desde hacía varios días, los alimentos, al verificarse la deglución, pasaban en parte á las narices, cosa que molestaba en extremo al enfermo. Le hice abrir la boca y percibí inmediatamente dos pequeñas perforaciones, situadas una al lado de la otra en la línea media del velo del paladar en los límites de la parte huesosa de la bóveda palatina. El enfermo, de escasa inteligencia, no pudo precisarme la evolución de los fenómenos, de los que no se daba aún cuenta. Lo interrogué sobre padecimientos sifilíticos y tampoco pude obtener datos ciertos acerca de accidentes anteriores.

Busqué huellas y encontré cicatrices en las dos piernas, probablemente debidas á sifílides pústulo-crustáceas.

Otra cosa observé: los huesos de la nariz están hundidos, dando el aspecto de lo que Fournier llama *un certificado de sífilis*. Interrogado el paciente acerca de enfermedades de la nariz, me indicó que desde hacía poco más ó menos año y medio padecía de catarro fétido, y que con frecuencia le salía sangre por las narices. No precisa cuándo se aplastó la nariz, pero recuerda que no la tenía antes así.

Diagnostiqué *perforaciones sifilíticas terciarias del velo del paladar*, y sometí al enfermo á tratamiento mixto. Le administré una poción compuesta de 20 gramos de yoduro de potasio y 10 centígramos de biyoduro de mercurio en 200 gramos de agua endulzada, para tomar una cucharada al fin de cada alimento. Esta preparación, que difiere en las proporciones de yoduro y mercurio del *Jarabe de Gibert*, me ha dado siempre excelentes resultados en diversas manifestaciones de terciarismo sifilítico. La empleo desde que ví usarla al Profesor José Terrés en un caso de ulceración sifilítica de la faringe, con notable resultado.

Dije que había vuelto á ver al enfermo el 23 de Enero. La madre me dijo que habían salido como 200 larvas. Puedo decir que yo conté cerca de 100, y por consiguiente no creo exagerado el número total indicado.

Nuevamente el 28 de Febrero he vuelto á reconocer al enfermo. Ha tomado más de 60 gramos de yoduro y más de 30 centígramos de biyoduro de

mercurio. Las perforaciones del velo del paladar comenzaron á cerrarse á los pocos días del tratamiento, y en el día á que me refiero, la cicatrización tocaba á su fin. La voz ha recobrado su timbre claro; los alimentos no pasan ya á las narices; no hay escurrimiento fétido por ellas, y sólo de cuando en cuando hay ligeras epistaxis. El enfermo ha aumentado de peso, está contento y ya trabaja en el campo.

He creído interesantes las observaciones que anteceden, por varios motivos. Desde luego se ha dicho que la mosca depositaba sus huevos en la entrada de las fosas nasales durante el sueño, y Tillaux dice á este respecto que es conveniente proteger principalmente á los niños, en los países tropicales, en donde el accidente en cuestión es debido á la *mosca azul* ó *mosca de carne*. El caso de la niña de mi primera observación, demuestra que el animal puede penetrar en horas de vigilia.

Creo que la existencia anterior de heridas en las narices, y sobre todo la de una lesión que se acompaña de un catarro con secreciones fétidas, sea una circunstancia predisponente de gran valor, pues entiendo que la mosca es atraída por el olor fétido que exhalan los enfermos. Corrobora mi opinión el hecho que he observado con cierta frecuencia, á saber, que individuos ebrios han permanecido en el campo horas enteras durmiendo, y en quienes no se ha manifestado el accidente.

Repito que me parece muy racional la explicación. No niego, por supuesto, que puedan quizá observarse casos excepcionales en que, no habiendo lesión nasal, el accidente se haya verificado. El escaso número de hechos no me hace afirmar con más solidez mis ideas.

Suplico á mis compañeros que observen casos análogos, me indiquen su opinión.

Al tener oportunidad de ver nuevos casos, procuraré cerciorarme por el estudio de la metamórfosis de las larvas y de la clase á que pertenece el insecto.

Huimanguillo, Marzo de 1904.

DR. ADELFO S. AGUIRRE.

SECCIÓN V.

NOTAS SOBRE PALUDISMO

ALGO SOBRE TOXINAS PALUDICAS.

En nuestras *Notas sobre paludismo*, que hemos venido publicando, nos hemos ocupado de demostrar con hechos clínicos los distintos modos con que los gérmenes palúdicos atacan al organismo humano. Hemos visto cómo la sola presencia de estos gérmenes en la sangre, produce lo que he llamado *sindroma palúdico,* compuesto de varios síntomas, mas ninguno de ellos febril ni intermitente; hemos visto cómo los gérmenes palúdicos localizan su acción sobre determinados órganos ó sobre aquellos que resisten menos; hemos visto, en fin, cómo los desórdenes producidos por la presencia de estos gérmenes en la sangre y por su multiplicación en este medio, son destruídos por medio de las sales de quinina. Ahora vamos á ocuparnos de las manifestaciones morbosas engendradas no por los gérmenes palúdicos, sino por los productos que esos gérmenes engendran en el organismo. Cierto es que estos productos ó toxinas

palúdicas, como las he llamado, no han podido ser aisladas aún; pero aun así, con la más estricta lógica podemos dar por cierta su existencia. Las observaciones clínicas que voy á referir, dan una prueba real de la existencia de esas toxinas, pues si después de haber extinguido los gérmenes palúdicos en un enfermo atacado de malaria por medio de la quinina, el enfermo no recobra la salud, sino que, al contrario, los síntomas persisten con la misma tenacidad, hay sobrada razón para suponer y creer que estos síntomas ya no dependen de los gérmenes, sino de los productos que engendraron durante su vida en la sangre y en los distintos órganos que eligen para su morada preferida, sobre todo el bazo y el hígado. He dicho que estos productos ó toxinas tardan mucho en eliminarse del organismo; la causa de esta tardía eliminación depende en gran parte de las modificaciones que sufre la célula hepática bajo la influencia de los gérmenes primero, y después á causa de las alteraciones funcionales que las toxinas ejercen y provocan sobre dichas células; de manera que es un doble ataque el que las toxinas dan al organismo: envenenan al individuo y sostienen ese envenenamiento por la falta de funcionamiento adecuado del hígado. Las formas de este estado palúdico, son generalmente conocidas con el nombre de *remitente palúdica;* aunque yo podría decir que las fiebres continuas palúdicas son las más frecuentes y tienen por carácter especial no obedecer á las sales de quinina, ni á medicación alguna de las empleadas hasta hoy: mas, cosa curiosa y que habla mucho en favor de lo que venimos exponiendo, que se obtenga por cualquier mecanismo que el hígado de esos enfermos funcione normalmente y la fiebre desaparece en un lapso de tiempo cortísimo, desaparición que es seguida inmediatamente del restablecimiento completo del enfermo. El obligar al hígado á funcionar, no está en la mano del médico tan fácilmente como podría creerse, pues además de que es aún desconocida la modificación que esa toxina ó los gérmenes palúdicos producen en la célula hepática, ignoramos también qué parte de la célula es la encargada de eliminar esos venenos; mas el hecho clínico queda en pie: «*funcionando el hígado normalmente, desaparecen las fiebres palúdicas remitentes ó continuas, siempre que son producidas por las toxinas que engendran los gérmenes palúdicos.*» Hay un medio sencillo para cerciorarse de esto: el análisis de la sangre; si en este líquido no se encuentran los gérmenes palúdicos y no hay en el enfermo lesión orgánica alguna que engendre ó sea susceptible de producir los síntomas que se observan, no queda otro medio que admitir que esos síntomas son producidos por las toxinas palúdicas.

Y bien, después de 30 ó 40 días de propinar quinina á un enfermo, es imposible que exista en la sangre de este individuo germen palúdico alguno; yo no lo he encontrado jamás y por las observaciones de otros honorables compañeros, sé que no se encuentra. En el Boletín del Instituto Patológico, correspondiente al mes de Diciembre de 1903, en las págs. núm. 475 y 476, se lee lo siguiente: «El Dr. Carbajal, encargado accidentalmente del departamento de Bacteriología del Hospital de San Andrés, informó que durante el mes de Julio hizo el examen de la sangre para buscar los parásitos del paludismo en tres enfermos enviados por el Dr. Martínez del Campo, encontrando tan sólo en uno de ellos, cuerpos esféricos pigmentados, libres y endoglobulares; á los diez días se repitió el examen y ya no se encontraron.» En el Boletín de Enero de 1904, se lee en la pág. núm. 518: «El Dr. Carbajal, encargado del departamento de Bacteriología del Hospital de San Andrés, se ocupó en su informe, de los análisis de sangre hechos en enfermos de la Sala de Terapéutica, á cargo

del Dr. Martínez del Campo, en las que se buscaban hematozoarios de Laveran, encontrándose tan sólo en dos de los ocho enfermos examinados.» En el Boletín del mes de Noviembre de 1903, págs. 427 y 428, se lee: «En los análisis de sangre hechos en tres enfermos palúdicos de la Sala del Dr. Martínez del Campo, tan sólo en uno de ellos se encontraron los hematozoarios de Laveran, á pesar de tener todos ellos los signos clásicos de esa enfermedad.» Podría multiplicar las citas; pero baste con las anteriores para demostrar que en muchos palúdicos (ya he dicho en cuales) no existen los gérmenes del paludismo á pesar de que hay en ellos síntomas morbosos propios de la enfermedad. Además, y este es un caso más frecuente de lo que pudiera creerse, en muchos palúdicos los gérmenes desaparecen de la sangre sin haber dado lugar á las manifestaciones intermitentes del paludismo, á las manifestaciones clásicas de la malaria; pero esos gérmenes produjeron toxinas, y éstas dan lugar á síntomas palúdicos de larga duración é incapaces de ser combatidos por la quinina; de manera que el médico se encuentra absolutamente desorientado para tratar esta clase de enfermos; el diagnóstico es imposible si no se tienen en cuenta circunstancias que á primera vista parecen de ningún valor, y, en fin, el pronóstico se vuelve sombrío y terrible, y depende únicamente de la constitución del individuo y del estado en que se encuentre el hígado del enfermo; pudiéndose de antemano formularlo con entera confianza, examinando las costumbres del individuo y el estado de su aparato gastro-intestinal. Estas manifestaciones de las toxinas palúdicas son terribles en los alcohólicos y en los reumáticos; casi todos estos casos son mortales; mas en las personas de vida arreglada y que no abusan de los alcohólicos, y en aquellas personas que no han heredado ó adquirido la diátesis reumatismal, se puede asegurar que esta intoxicación palúdica no las llevará al sepulcro. Por desgracia, en los países donde reina la malaria, es muy raro encontrar esta clase de personas; basta hay un dicho ó refrán que no por ser viejo deja de ser cierto: «*en tierra caliente debe tomarse aguardiente,*» y así lo hacen los buenos moradores de esas regiones, y esta es la causa de que sean sacrificados por la malaria en su forma *toxínica.* Voy ahora á referir algunos casos clínicos de esa forma de paludismo que llamo yo *forma toxínica de la malaria.*

1896.—El joven N. N., de raza indígena mazateca, de 19 años, bien constituído, originario del pueblo de San Gerónimo, D. de Teotitlán del Camino, Oax., fué atacado el 18 de Marzo de ese año por fuerte escalofrío que comenzó entre 9 y 10 de la mañana; en la tarde de ese día fuí llamado y lo encontré con 40 grados de temperatura; por el conmemorativo que tomé, supe que el escalofrío fué precedido de dolores lumbares, bostezos repetidos, frecuentes ganas de estirar los brazos y las piernas, anorexia y sed; que duró el escalofrío como una hora y luego vino la calentura; examiné al enfermo y no encontré lesión orgánica alguna; había alguna sensibilidad en la región esplénica, pero el bazo no estaba aumentado de volumen, ni el hígado; había el punto doloroso raquidiano y se habían producido algunos vómitos. Le prescribí sulfato puro de quinina: 1 gr. en tres tomas, 1 cada 12 horas.

A otro día supe que había sudado algo el enfermo, que había dormido poco, temperatura 40°, continúa la sed y la anorexia y persisten los signos esplénicos y raquidianos; continúo la administración del sulfato de quinina por espacio de 10 días, y permanecen la temperatura y los demás síntomas como el primer día. El enfermo no tiene hambre, pero toma leche (cosa rara en un indio) que le calma la sed y lo alimenta. Duerme poco y no sale de la pieza

donde está; permanece ya acostado, ya sentado en la cama, y platica con las personas que lo van á visitar. Este cuadro, sin variación notable, dura sesenta y dos días!

No sé cuántos *remedios caseros* aplicarían al enfermo; pero sí puedo asegurar que tanto esos remedios, como los que yo le recetaba, fueron completamente inútiles; la enfermedad seguía y de 8 en 8 días examinaba yo escrupulosamente á mi enfermo; jamás hubo espleno ni hepatomegalia; jamás observé alteración orgánica alguna en ningún aparato; sí, tuve ocasión de observar en la lúnula ungueal, una ligera coloración amarilla, y esta misma coloración alrededor de la córnea, en el lugar donde se produce la *quemosis* en los individuos que llevan una violenta conjuntivitis ó algún tumor de la base del cerebro. Las funciones digestivas no presentaron desorden alguno; creí notar una ligera constipación, mas después de los 45 días desapareció y al fin de la enfermedad las materias fecales contenían bilis en cantidad notable. Los sudores se repetían de tiempo en tiempo, habiendo algunos días en que no había la más pequeña sudación. También de tiempo en tiempo, además de la medicación sintomática, propinaba á mi enfermo dosis de 0.33 centig. de sulfato de quinina con el fin de tonificarlo, mas estas dosis casi no abatían la temperatura ni provocaban sudor. En suma, á los 62 días cesó la fiebre y desaparecieron los otros síntomas; el enfermo quedó demacrado, mas no con el aspecto del que ha sufrido una tifoidea de 22 días ó un tifo de 7 días, no; su estado era mejor que el de estos enfermos ó convalecientes. La coloración amarilla de la lúnula y de la conjuntiva peri-corneal, desapareció; la sensibilidad esplénica cesó y el enfermo se repuso con notable rapidez.

1896.—El Sr. N., de Teotitlán, de 38 años, buena constitución, no alcohólico, ni reumático, fué atacado el 20 de Agosto de ese año, en la misma casa que el enfermo anterior, de quebrantamiento de cuerpo y dolores lumbares en la mañana de ese día, tuvo después escalofrío, que duró poco tiempo. y fué seguido de calentura, 40°; en la noche ligero sudor; al día siguiente que fuí llamado, encontré el cuadro siguiente: temperatura 39°; punto raquidiano notable, sensibilidad en la región esplénica, anorexia, sed, dolores musculares en el dorso y en los miembros. Esta persona es muy impresionable, y guardó cama desde que comenzó á estar enfermo; se creía más enfermo de lo que realmente estaba; al 4° día quiso que otro compañero se asociara conmigo para atenderlo. Desde el primer día que lo ví se le administró el sulfato de quinina á la dosis de 0.33, dos veces al día, y hasta los 16 cesó la fiebre. Hubo en este enfermo la coloración ligeramente amarilla peri-corneal y lunular, como en el enfermo anterior, y también coincidió la cesación de la fiebre con la presentación de evacuaciones biliosas. Al terminar la enfermedad, esta persona no estaba notablemente destruída, á pesar de 16 días de calentura oscilando entre 39° y 40°.

Podría referir otras observaciones clínicas que constan en mi diario; pero creo que con las anteriores es suficiente para demostrar que han sido las toxinas palúdicas las que han producido esos cuadros sintomáticos.

El tratamiento de esos cuadros está aún por encontrarse. Hasta hoy sólo se conoce esa enfermedad con el nombre de *fiebre continua palúdica* ó de *remitente palúdica*, pero nadie ha dicho aún que no es producida por los gérmenes palúdicos, y mucho menos que es engendrada por las toxinas palúdicas.

Deseo vivamente que otros honorables compañeros dediquen su espíritu

de observación á dilucidar esta cuestión que es de un interés tan grande, tanto para el médico, como para el enfermo.

Tacubaya, Abril 19 de 1904.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

NEUROSIS DEL SIMPATICO CERVICAL

CON VASO-DILATACION Y TAQUICARDIA

POR EL DOCTOR JOSÉ DE JESUS GONZÁLEZ, DE LEÓN, GUANAJUATO.

(Estudio presentado á la Sociedad de Medicina Interna.)

Hace años vengo examinando enfermas atacadas de rara dolencia, cuya descripción no he encontrado ni en los más voluminosos y modernos libros de patología que he tenido á mi alcance.

Sólo en el sexo femenino, y únicamente en el período menopáusico, he observado la enfermedad en cuestión, bosquejada en algunas enfermas, y en dos de ellas adquiriendo un desarrollo verdaderamente notable y revistiendo un aspecto que me ha hecho considerarla como entidad nosológica. Los dos casos más intensos van á servirme para la descripción; pero antes de entrar en detalles, deseo recordar que es muy frecuente observar en los períodos menstruales, y principalmente durante la menopausa, rubor pasajero del rostro, con sensación de calor; palpitaciones, etc.; estos trastornos, que han pasado bajo la vista de todo médico, son como el bosquejo de lo que paso á describir.

La enfermedad que me ocupa es *paroxística;* viene por accesos, generalmente motivados por impresiones morales, y mucho más frecuentes é intensos, cuando son más marcadas las perturbaciones menstruales. El acceso se inicia por sensación de calor en la cara y enfriamiento de las extremidades; poco á poco va enrojeciendo el semblante, el enfriamiento de pies y manos se acentúa, aparecen palpitaciones, y el acceso llega á su máximum, constituyéndolo entonces los síntomas siguientes: *rubicundez intensa del rostro, taquicardia y ligera dispnea.* Analizaré uno por uno de esos síntomas.

Rubicundez del rostro.—Moderada al principio del acceso, va acentuándose más y más, hasta llegar á su apogeo en pocos minutos; los labios, las mejillas, los párpados, la piel de la nariz y de la frente, y, en algunos accesos, hasta el pabellón de la oreja, adquieren un tinte rojo-violáceo y se vuelven ligeramente edematosos; las mucosas, y principalmente las conjuntivas, se inyectan considerablemente, y en ellas se ven turgentes los más finos vasos; las arterias faciales y temporales, así como las ramas que de ellas parten, se advierten dilatadas al practicar la exploración tactil. Hay aumento de secreción de la mucosa nasal.

Tienen las enfermas sensación de adormecimiento, de hormigueos en toda la parte enrojecida, sobre todo en los labios, y también experimentan calor intenso que el tacto comprueba y el termómetro demuestra: hay aumento de algunos décimos de grado comparativamente á la temperatura de la piel de la cara, tomada en los intervalos de los accesos.

Taquicardia.—Es moderada, y generalmente guarda relación con la intensidad de la rubicundez: el pulso late de 100 á 130 veces por minuto; tanto á la palpación como á la auscultación, se notan más fuertes las contracciones cardíacas, mayor el impulso precordial; pero no sufre alteración alguna el ritmo de los movimientos del corazón. La paciente *percibe* muy bien la taquicardia, es decir, hay verdadera palpitación.

Dispnea.—Crece ó disminuye paralelamente á los demás síntomas, sin llegar nunca á ser penosa para las enfermas, las que experimentan sensación de falta de aire; el número de respiraciones casi no está aumentado, pero las inspiraciones normales son entrecortadas por otras más profundas.

Durante el paroxismo existe fotofobia, y por ella no me ha sido dable explorar el fondo del ojo, para conocer el estado de sus arterias.

Generalmente el acceso es acompañado de grande emotividad, que hace que las enfermas se entreguen fácilmente á las lágrimas.

La duración del paroxismo es variable, pero lo he visto durar hasta una ó dos horas en su mayor intensidad, y luego van atenuándose los síntomas: el corazón late menos, la respiración se hace normal, se calientan las extremidades y disminuye hasta desaparecer el enrojecimiento de la cara, quedando la enferma, una vez pasado el acceso, deprimida, cansada.

En el intervalo de los accesos, la salud es buena: en el corazón no se nota nada anormal, la piel de la cara presenta su coloración y su temperatura ordinarias, la respiración es completamente fisiológica, y sólo quedan las perturbaciones habituales de los órganos genitales: en una de las enfermas existe endometritis, y el estado de la inflamación uterina tiene notabilísima influencia sobre la frecuencia é intensidad de los accesos, que se espacían considerablemente cuando mejora la endometritis.

En las enfermas que he observado, no he descubierto antecedentes nerviosos personales ó hereditarios: han tenido hijos y son sanos.

La causa determinante del primer accoso ha sido una sacudida moral brusca: en una enferma fué la noticia de la muerte de su padre, á quien profesaba profundo afecto.

Aunque los accesos pueden repetirse á intervalos variables, más bien se presentan en los períodos menstruales ó en el tiempo á que corresponden: entonces son más intensos los accesos y se repiten casi diariamente.

Diagnóstico diferencial.—Para asegurarnos que la enfermedad en estudio es *autónoma*, y no simplemente una variante de enfermedades ya bien descritas y estudiadas, voy á diferenciarla de las afecciones con que pudiera confundirse, á fin de que, una vez demostrada su autonomía, continuemos el estudio de su fisiología patológica y su patogenia, en cuanto sea posible, con los datos que poseemos.

Por uno de sus síntomas, la taquicardia, la enfermedad que estudio, pudiera confundirse con la *taquicardia esencial paroxística* y con la *enfermedad de Basedow;* pero fácilmente podemos distinguirla de ellas, pues en la primera, la taquicardia paroxística, el principio del acceso es brusco; «parece que algo se desprende del pecho, y el corazón late con violencia.... se cuentan hasta 200 pulsaciones por minuto.» «Cuando se examina el enfermo durante la crisis, *no se nota nada de particular en su aspecto, ni ansiedad ni angustia.*» Como se ve, no hay nada semejante al acceso de la enfermedad que estudio.

1 Dieulafoy. Pathologie Interne, tomo I.—1901.

En el *bocio exoftálmico* existe ciertamente taquicardia, que es el síntoma fundamental de la enfermedad de Basedow, y perturbaciones vaso-motoras; pero la aceleración de los latidos del corazón es *continua* en el bocio y se exagera en los accesos, existiendo además otras perturbaciones cardíacas y aun verdaderas lesiones: hipertrofia, dilatación de las cavidades, insuficiencia de las válvulas; mientras que en mis enfermas *todo entra en orden una vez pasado el acceso;* las dilataciones vasculares son también continuas en el bocio, y en la enfermedad que describo sólo existen durante el paroxismo. Además, *en ninguna de mis enfermas ha existido exoftalmia, ni bocio ni temblores,* que constituyen uno de los síntomas casi constantes en la enfermedad de Basedow, aun en las formas frustas (María), una de las cuales la constituye el temblor.

En diversas afecciones cardio-vasculares, de las vías digestivas, del aparato respiratorio, etc., hay taquicardia paroxística; pero aparte que en estos casos no existe la *rubicundez del rostro*, síntoma *esencial* en la enfermedad que estudio, las enfermas que me sirven de tipo al escribir estas páginas, no padecen afección cardíaca pulmonar, etc.

Por la *rubicundez del rostro* y los *demás fenómenos vasculares*, la neurosis que describo podría confundirse con la *jaqueca vaso-dilatadora*, descrita por Möltendorf en Virchow's Archiv.[1] Esta forma, opuesta á la jaqueca espasmódica ó simpático-tónica, minuciosamente estudiada por el famoso fisiologista Dubois-Reymond, presenta durante el acceso el siguiente cuadro sintomático: el lado que duele está rojo, caliente ó hinchado; las lágrimas brotan en abundancia de los ojos; el párpado está hinchado y poco movible; la oreja del mismo lado está roja y caliente; la temperatura del conducto auditivo externo sube de 0°2 á 0°4; la arteria temporal está dilatada y acelerada su pulsación; los mismos vasos retinianos están dilatados, y la pupila se vuelve roja. Pasado el acceso, las partes congestionadas palidecen, y todos los síntomas desaparecen poco á poco (Kavalevsky). No cabe duda que, cuando es típico el cuadro de la hemicrania neuro-paralítica, presenta analogías con la neurosis que tengo en estudio, y quizá ambas afecciones arranquen de un mismo origen patogénico; pero clínicamente pueden diferenciarse perfectamente, pues en mis enfermas *nunca* he observado dolor; y es tan esencial este síntoma, *dolor de la mitad de la cabeza,* que por él toma nombre la enfermedad: *hemicrania*. Por otra parte, los síntomas vaso-motores se presentan en la jaqueca de un solo lado, mientras en mis enfermas *siempre* son *bilaterales*. Estos dos caracteres: ausencia *completa* de dolor y *bilateralidad* de la afección, me parecen suficientes para un diagnóstico diferencial; cierto es que algunas veces la jaqueca ataca los dos lados, pero siempre lo hace alternativamente, la llamada *hemicrania alternante*, y esto más bien se refiere al dolor que á los síntomas vasculares.

Demostrado, como creo que lo está por las anteriores líneas, la independencia nosológica de la neurosis que me ocupa, prosigo á estudiar en lo posible su fisiología y su patogenia.

FISIOLOGÍA PATOLÓGICA.—El síntoma fundamental, verdaderamente característico de la enfermedad que estudio, lo constituye el intenso enrojecimiento de la piel de la cara y la inyección de las conjuntivas; importa, por tanto, dejar sentada como base, para facilitar el estudio, la esencia misma de esa rubicundez. He dicho ya que las arterias temporales, faciales y las ramificaciones de éstas, que el tacto puede explorar, se sienten dilatadas; he anotado tam-

1 Citado por el Prof. Paul Kavalevsky.—*La Migraine*, París, 1902.

bién que las arterias conjuntivales se dibujan admirablemente; pues bien, todo esto, unido á la rubicundez de toda la piel de la cara, nos dice claramente que el síntoma predominante consiste en vaso-dilatación, que desde las arterias mencionadas se extiende hasta los capilares cutáneos.

No puedo pasar inadvertida la grande analogía, diré casi identidad, que existe entre la enfermedad objeto de este trabajo y la neurosis vaso-motriz paralítica, que ataca las extremidades y que, señalada primero por Duchenne (de Boulogne), y descrita por Vulpian en 1875, fué denominada por Weir-Mitchell, *eritromelalgia.*[1] En efecto, ambas afecciones están caracterizadas principalmente por rubicundez de la piel, con aumento de volumen y de temperatura del lugar afectado; en ambas se observa dilatación de gruesos vasos; en ambas experimentan las enfermas hormigueos, parestesias, en los lugares atacados: la diferencia sólo estriba en el lugar en que se desarrollan los síntomas, y esa diferencia, que tal vez depende del distinto lugar en que radica la lesión productora, trae aparejada la aparición de nuevos síntomas que no existen en la *eritromelalgia:* la taquicardia y la dispnea.

La analogía, pues, entre ambas enfermedades, también me lleva á pensar que, si en la eritromelalgia admiten los patólogos la existencia de la vaso-dilatación, en la neurosis que estudio la rubicundez será debida, del mismo modo, á la dilatación vascular.

¿A qué se debe esa vaso-dilatación? Cada territorio vascular se encuentra dotado de nervios constrictores. «Después del grande esplácnico, el nervio vaso-constrictor que ejerce mayor dominio es indudablemente el *simpático cervical*, del que no depende tan sólo el tono de los vasos auriculares, como descubrió Bernard, sino que también extiende su acción constrictora á todos los vasos internos y externos de la cabeza, como resulta de las investigaciones de muchos observadores.»[2]

La sección del simpático, según los experimentos de los fisiólogos, determina atonía vascular con la hiperemia consiguiente; así es que, en mis casos, podría explicarse el síntoma vaso-dilatación, por parálisis de los nervios vaso-constrictores; pero la cuestión se complica al tener en consideración la bien demostrada existencia, en todos los territorios vasculares, de nervios vaso-dilatadores, cuya excitación produce dilatación de los vasos. Podemos, pues, plantear el problema en estos términos: La rubicundez de la cara y demás fenómenos de vaso-dilatación, que constituyen el síntoma esencial de la enfermedad que estudio, ¿se deben á parálisis de los nervios vaso-constrictores ó á excitación de los nervios vaso-dilatadores?

La cuestión es difícil; pero antes de afrontarla, quiero dejar establecido que (según mi desautorizada opinión), la enfermedad radica en el simpático cervical, pues la mayor parte de los nervios vaso-motores de la cara, constrictores y dilatadores, teniendo origen medular, pasan, por conducto de las ramas comunicantes, al sistema ganglionar simpático y de allí se trasladan, directa ó indirectamente, á los vasos.

Radicando la enfermedad en el simpático cervical, la clínica y la fisiología van á ayudarme á resolver el problema que he planteado: si la rubicundez depende de parálisis de los constrictores ó de excitación de los nervios vaso-dilatadores.

1 Wier-Mitchell. American Journal of med. sciences.—1878, tomo II.
2 Luigi Luciani. Tratado Didáctico de Fisiología Humana.—Roma, 1901.

La clínica enseña que, en las enfermas que estudio, juntamente con la *rubicundez* existe *taquicardia*, ¿á qué lado de la cuestión hace inclinar nuestro juicio la presencia de este síntoma? Meditemos. La taquicardia, que puede ser de origen bulbo-espinal, como la *esencial paroxística*, tiene fisiológicamente como causas ó la parálisis del nervio vago ó la excitación del simpático; numerosas experiencias demuestran que la excitación del ganglio cervical inferior produce *aceleración del ritmo cardíaco;* ahora bien, si al lado de este hecho fisiológico, colocamos otro hecho encontrado por Dastre y Morat, creo que el problema quedará resuelto en pro de la excitación de los nervios vaso-dilatadores. El hecho á que me refiero es el siguiente: excitando en perros curarizados el simpático cervical, Dastre y Morat han visto «que se produce palidez de la piel de la oreja, de la mucosa de la lengua, de la epiglotis, de las amígdalas y del velo palatino del lado excitado, y, en cambio, *los labios, las encías, las mejillas, la bóveda palatina y la mucosa nasal del mismo lado presentan un rubor acentuado* . . . . Todo este efecto es debido exclusivamente al simpático» (Luciani) y lo causa la excitación simultánea de nervios vaso-constrictores y vaso-dilatadores que caminan juntos.

De suerte que, si en mis enfermas encuentro á la vez estos dos síntomas: *dilatación de los vasos* que se distribuyen á diversas regiones de la cara y *aceleración de los latidos cardíacos*, justo es admitir que, si esta última depende de excitación del simpático cervical de donde parten los nervios aceleradores del ritmo-cardíaco, también el primer síntoma: la vaso-dilatación, dependerá de la excitación de los nervios vaso-dilatadores y no de parálisis de los vaso-constrictores; pues no sé cómo podrían asociarse estos dos fenómenos: excitación para acelerar los latidos del corazón y parálisis para traer la dilatación vascular.

Resumiendo: *la naturaleza íntima de la neurosis que describo, es una excitación del simpático cervical.*

PATOGENIA.—Ahora bien, ¿de qué depende la mencionada excitación del simpático? La fisiología y la clínica vienen otra vez en mi auxilio.

La clínica enseña que la enfermedad se desarrolla en menopáusicas (hasta ahora sólo en ellas he encontrado la neurosis), que algunas padecen del aparato genital, y que las exacerbaciones de estos padecimientos provocan los accesos, al igual que las impresiones morales fuertes.

¿Cómo puede influir la menopausa? Keiffer, de Bruselas, en un artículo publicado en los *Archives de Physiologie*, considera al útero, con acopio de razones, como órgano excretor, encargado de eliminar productos tóxicos durante su función menstrual; si estos productos no se eliminan, dan origen á trastornos en la economía y así «las perturbaciones de la menopausa son resultado de una autointoxicación por productos que el organismo solamente tolera poco á poco, hasta que suprimida la función genésica, cesan de producirse.» (P. Beristáin.)[1]

Por otra parte, la fisiología ha demostrado que algunas substancias introducidas en los vasos, producen efectos vaso-motores por su acción sobre los nervios centrípetos de las paredes vasculares: todo el mundo ha podido observar los efectos de vaso-dilatación, á veces muy intensos, que produce en la piel la introducción de la ponzoña de ciertos animales, como el piquete de algunos insectos. De este modo, las toxinas acumuladas en la sangre durante la meno-

1 *Crónica Médica Mexicana.* Tomo I.

pausa, pueden obrar sobre los vasos ó bien directamente sobre el simpático, produciendo excitación, de la misma manera que la estricnina obra sobre la médula espinal aumentando su poder reflejo.

Pero esa excitación del simpático no sólo sería de origen químico, sino que también puede ser de origen reflejo: algunas de las enfermas atacadas de la neurosis que estudio, sufren del aparato genital; esos padecimientos provocan dolor y sabido es que el tono vascular puede ser influido reflejamente por cualquier nervio centrípeto. En una de mis enfermas, como lo he dicho antes, siempre que se exacerba su padecimiento ginecológico, aparecen con mayor frecuencia y mayor intensidad los accesos de la neurosis del simpático que vengo describiendo.

De tal fenómeno vienen á facilitar la explicación, los siguientes resultados de la experimentación fisiológica: «estimulando el *nervio dorsal del pie*, se observa dilatación de la arteria *safena;* estimulando el nervio *infra-orbitario* ó el *mentoniano*, se tiene dilatación de la arteria *maxilar externa*» (Lovén); pero frecuentemente los reflejos se obtienen en territorios vasculares muy apartados de los nervios centrípetos estimulados. Ahora, por parte del corazón, se observa que, excitando el *plexo ciático* con estímulos eléctricos, se produce, por vía refleja, aceleración del ritmo cardíaco; «excitando las ramas sensitivas de las raíces posteriores de los nervios espinales, se produce ya retardo (Cl. Bernard), ya aceleración del ritmo» (Asp); los nervios musculares excitados intensamente producen inhibición débilmente, aceleración.[1] Aplicando estos datos de la fisiología á la clínica, puedo decir que, en mis enfermas, la excitación partida desde los órganos genitales, y llevada á través de los nervios centrípetos que de allí parten, se refleja en la médula (donde se encuentran los centros de los nervios vasculares y los centros de los nervios aceleradores del corazón) y de allí, por mediación de las ramas comunicantes, pasa á la cadena del simpático, al ganglio cervical inferior y al ganglio torácico ó estrellado.

Pero ¿por qué razones, siendo muchas veces continua la excitación, la enfermedad se presenta *solamente* por accesos? ¿á qué se debe esa intermitencia? Aquí, creo yo, es donde interviene el simpático: veamos cómo:

En una serie de conferencias dadas en el Instituto Quirúrgico de la Moncloa de Madrid (Abril y Mayo de 1898) por el sabio y muy sentido Dr. D. Federico Rubio y Galí,[2] ese eminente maestro hizo esta afirmación de orden fisiológico, lógicamente inducida de hechos patológicos: *el sistema del gran simpático funciona por acumulación*. «Quiero decir, añade él, que es un gran aparato de acumulación.» Supone que su energía le viene por descargas nerviosas que, partiendo del eje cerebro-espinal, van al simpático que las acumula y luego deja *correr lentamente* la energía nerviosa, según conviene al funcionamiento regular de los órganos á que se distribuye. Los mismos fisiólogos no rechazan esta concepción fisiológica del gran simpático: Mathias Duval, dice: «el gran simpático no tiene sino una fuerza de préstamo que proviene de la parte superior del eje nervioso raquídeo;» y en otro lugar: «los ganglios.... podrían á lo más ser lugares de paso donde se *acumularía* la acción nerviosa venida de más alto.»[3]

1 Luciani—loc. cit.

2 Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Tomo I, pág. 295.

3 Mathias Duval. Cours de Physiologie, París, 1892.

Aprovechando estos datos para la interpretación de los fenómenos observados en mis enfermas, puedo encadenar así los dispersos eslabones: la excitación *dolor* llevada por los nervios sensitivos á la médula, se refleja en este centro y se descarga en el gran simpático; los ganglios de este llamado sistema (en este caso los cervicales) acumulan la energía recibida, y cuando se encuentran *saturados*, hacen bruscas descargas que clínicamente se traducen por *taquicardia* y *vaso-dilatación*. No dificulto que haya, á la vez, como en la experiencia de Dastre y Morat, citada más arriba, fenómenos de vaso-constricción en algunos territorios más profundos; pues en una de mis enfermas últimamente observada en el momento del paroxismo, los síntomas habituales se acompañan de mareos y de *afasia* transitoria, tal como si hubiera espasmo de las arterias cerebrales y, por consiguiente, anemia de algunos territorios encefálicos.

En resumen: la auto-intoxicación resultante de la supresión del período menstrual, que puede obrar directamente sobre el simpático, excitándolo, ó bien exagerando su poder reflejo (como lo hacen la estricnina, la picrotoxina y ciertos productos más ó menos patológicos del organismo, como en la uremia y la icteria grave.—Duval), y por otra parte, la excitación nerviosa partida de órganos enfermos, producen por acción combinada química (toxinas) y refleja, los síntomas de taquicardia y vaso-dilatación observados en mis enfermas.

Terapéutica.—La base de la Terapéutica dirigida contra la *neurosis del simpático cervical*, asienta sobre el conocimiento patogénico de tal dolencia. En las enfermas que padecen enfermedades genitales, el tratamiento dirigido á combatirlas, ha logrado disminuir la intensidad y la frecuencia de los accesos; lo mismo ha acontecido con las perturbaciones menstruales: á medida que la menopausa se establece, á proporción que la edad crítica pasa, los accesos mejoran. Esto, que la observación clínica me ha enseñado, dice en términos precisos y claros cuál debe ser la terapéutica que hay que instituir para combatir la neurosis.

Pero, como el tratamiento patogénico tiene que ser forzosamente lento y no siempre es seguro, necesitamos, además, recurrir á un plan terapéutico que bien pudiéramos llamar fisiológico, el tratamiento por la electricidad. Yo me he servido del procedimiento recomendado por Erb en casos de eritromelalgia. Se comienza por hacer obrar el polo negativo sobre los nervios y sobre los centros vaso-motores, se emplea una corriente estable y se añaden algunas conmutaciones, procurando que la corriente sea débil y su acción de corta duración; pues los experimentos de electro-fisiología demuestran que tanto las corrientes farádicas como las galvánicas *estrechan los vasos cuando son de fuerza moderada;* pero que si se prolongan ó son muy intensas, provocan la *dilatación* vascular. El lugar que prefiero es el que se elige para practicar la galvanización del simpático cervical (que Erb propone denominar galvanización del cuello): se coloca el polo positivo al nivel de las últimas vértebras cervicales, y el negativo entre el hueso hioides y el borde del externo-cleido-mastoideo, procurando hundirlo lo más posible con la esperanza de alcanzar el simpático. Se coloca el polo negativo adelante, porque este polo estrecha los vasos; mientras que la acción estable del polo positivo produce vaso-dilatación. Intensidad de la corriente 3 á 5 miliamper; duración 2 á 3 minutos.

El tratamiento eléctrico durante el acceso lo acorta y alarga los intervalos.

No hay que olvidar la higiene propia de la menopausa: régimen sobrio,

poco excitante y poco azoado; cuidar la libertad del vientre con lavativas diarias ó ligeros purgantes; los paseos al aire libre y el ejercicio moderado.[1]

CONCLUSIONES.

1ª Cualquiera que sea la explicación fisiológica y la interpretación patogénica que se dé á la enfermedad que yo he observado, y por más que se arguya que en mis interpretaciones hay mucho de hipotético, queda este hecho en pie, establecido sobre el sólido terreno de la observación: *existe un afecto que viene por accesos caracterizados principalmente por taquicardia y por dilatación de las arterias que se distribuyen á la cara y de las capilares cutáneas.*

2ª Sólo he observado la enfermedad en la mujer durante la edad crítica, pero probablemente puede presentarse fuera de esas condiciones.

3ª Tal vez la eritromelalgia, la jaqueca ó hemicrania y la neurosis que estudio, son estados patológicos de la misma categoría, forman quizá un sólo grupo nosológico que pudiera estudiarse bajo el epígrafe de *neurosis del simpático*. Para creerlo así, me apoyo en datos clínicos de cuyo valor vais á juzgar: Eulemberg ha visto en un caso de jaqueca aparecer la eritromelalgia;[2] en la eritromelalgia, por otra parte, se pueden observar, aunque de un modo inconstante, congestión del fondo del ojo, vértigos y empujes *congestivos á la cara,*[3] y, por último, en la jaqueca, sobre todo en la neuropalática, se observan perturbaciones vasculares semejantes á las de la neurosis que describo, y á mayor abundamiento el mismo tratamiento eléctrico da resultados en esta neurosis y la eritromelalgia.

¡Ojalá que este mal forjado trabajo contribuya al estudio de las enfermedades del simpático, tan oscuras aún!

León, Febrero de 1904.

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ.

SECCIÓN XIII.

LA OZENA EN SUS RELACIONES CON LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

La más frecuente y al mismo tiempo más asquerosa enfermedad que encuentra el rinologista es la OZENA, una afección hereditaria de la membrana mucosa de la nariz y de la naso-faringe, cuyos síntomas principales son atrofia, formación de costras y una fetidez característica dulce y nauseabunda. Lástima es que, principalmente por el carácter hediondo de la afección, ni por parte del médico ocupado por la familia, ni aun por el especialista, se le da suficiente atención para ponerla límite ó conseguir una curación completa, si es posible. Sobra mencionar en qué estado triste se encuentra el individuo afligido por la ozena, que no recibe tratamiento oportuno ó solamente es sujetado

1 N. Charles. Cours d'accouchements, 1892.

2 Lervin y Benda. Ueber Erythromelalgie. Berl. Kl. Woohenschr. 1894.

3 Bonley. Art. Erytrhomelalgie, en el Manuel de Médecine de Debove y Achard.

á curaciones insuficientes, pues de todo médico es bien conocida la triste situación del enfermo.

Según estadística de la clínica de la Universidad de Viena, Profesor Stoerk, la frecuencia es tanta, que sesenta y seis por ciento de enfermos de la nariz, son casos de ozena; es decir, que entre tres mil quinientos cuarenta y dos enfermos de la nariz, se encontraban dos mil trescientos cincuenta y dos sufriendo de esta enfermedad. ¡Un número espantosamente alto!

ETIOLOGÍA.

La causa del mal es en primer lugar la herencia. Generalmente se puede descubrir por la anamnesis una sífilis constitucional del padre. Pero, además, hay casos frecuentes en que la madre se ha visto atormentada por la misma enfermedad, es decir, la *ozena,* ó todavía lo está. Igualmente hay una serie de enfermos cuyos padres perecieron de tuberculosis pulmonar. Por lo general, en la clínica, no se puede fijar bien la verdad, por razones obvias, porque los jóvenes enfermos ocurren solos á la clínica ó acompañados de sus madres; la madre por lo común sabe muy poco de cierto y tampoco es siempre factible examinarla sobre sífilis presumida de su esposo antes ó durante su matrimonio. Algunas veces, después de haber casualmente mencionado algo sobre herencia, el padre llega á confesar sus pecados de la juventud, y queda aclarada la etiología. Entre la clientela particular hay únicamente que mencionar la urgente necesidad de conocer las enfermedades paternas para ponerse en la aptitud de aplicar el método curativo correspondiente, para hallar desde luego que el padre antes de casarse sufrió de sífilis ó que había tuberculosis en el padre ó en la madre. El padre, antes enfermo, casó después en la creencia de haber sido curado ó porque se lo exigieron las circunstancias sociales, y, en casos excepcionales, únicamente la mujer está en propiedad del secreto, pero naturalmente casi nunca antes del casamiento.

Anteriormente se supuso que la ozena era una supuración de una cavidad accesoria. Hoy sabemos que solamente por excepción un empiema existe en conexión con la ozena; afirmación garantizada por numerosos exámenes emprendidos en personas vivas, así como en cadáveres en la autopsia. Réthi, Gottschalk, etc., observaban que la secreción tiene su origen en la membrana mucosa misma. El olor, que ya al principio de la secreción se nota, solamente después de la formación de costras toma una fetidez horrorosa y penetrante.

Según otras investigaciones, de Loewenberg, Thost, Abel, etc., la ozena está originada por un diplococcus, semejante al pneumo-coccus. Otros empero han probado que estos cocci solos no pueden causar una atrofia de los cornetes, sino figuran como apoyo de ella solamente. Por esto la teoría es débil. Réthi se refirió á la importancia de la degeneración grasosa de las glándulas, pero ésta también se encuentra con otras enfermedades de la nariz. Siebenmann observó que con pocas excepciones todos los enfermos de ozena son *chæmæprosopas.* Gerbes dice que la Platrinia hallada casi siempre en conexión con la chæmæprosopia, así como perturbaciones del desarrollo de los huesos nasales, son ocasionadas por la sífilis hereditaria. Las alteraciones de la nariz hereditaria luética, hay que concebirlas como manifestaciones para-sifilíticas. La gran mayoría de los enfermos de ozena, pertenece al sexo femenino.

SINTOMAS Y CURSO.

El principio se observa en la primera juventud. En el primer estado pocas veces solamente llega á la curación. Con frecuencia no se le nota. Además, tampoco es fácil llevar á la nariz de los niños los medicamentos, en primer lugar por la inquietud propia de su edad, y en segundo por el temor de perjudicar los oídos. Los casos más frecuentes se presentan al médico en la edad de diez á diez y siete años; lo más frecuente á la entrada á la pubertad.

Subjetivamente hay perturbaciones del sentido del olfato, dolor de cabeza, malestar, *tinnitus aurium*, sordera, voz nasal, nariz tapada, y en algunos casos melancolía. La necesidad de gargajear, casi nunca falta. El olor es característico y no se confunde jamás por el práctico conocedor, siendo absolutamente diferente del olor causado por la supuración de los senos. El olor pestífero se compara con el de chinches molidas, con el de animales muertos, etc.; los franceses daban á la enfermedad el nombre de «*punaisie.*» Las opiniones son diferentes si la palabra está derivada de la palabra «*punaise,*» chinche, ó «*le punais,*» «el que huele mal.»

El enfermo mismo no se siente molestado por el olor, el sentido del olfato estando casi siempre destruido por completo; lo cual significa una buena concesión de la providencia. Son, por consiguiente, sus familias y amigos, los que tienen que sufrir por la peste. Por consecuencia natural los infelices se ven abandonados, vuélvense retraídos y melancólicos y pierden su posición social. A veces ni los padres ni los compañeros de casa pueden tomar sus comidas en compañía del enfermo, quien por su mal olor hace insoportable el aire del comedor. Amigos y comensales se retiran, y muchas veces pierde su empleo el desventurado, porque sus compañeros rehusan trabajar en unión de él. Muchachas que sufren de la ozena no les es posible casarse por razones obvias. Personalmente me son conocidos casos de la mejor sociedad en que el noviazgo en último momento se ha roto por haber informado la madre al novio que la hija tenía que hacer todos los días, y varias veces, irrigaciones de la nariz y que ni aún éstas la dejaban enteramente libre del mal olor. La enfermedad puede ser motivo de un divorcio. Solamente se puede imaginar un casamiento entre dos enfermos de ozena, aunque en tal caso la consideración de los descendientes lo prohibiría muy estrictamente, así como que se casen con persona que por otra causa ha perdido el sentido del olfato.

Demostrando cuán seria es esta enfermedad bajo el punto de vista social, Stoerk dijo, que en su práctica, varios casos se le ofrecieron en que los esposos de tales mujeres con narices pestíferas, abiertamente declararon que con estas mujeres no podían vivir. Es el olor muy de cerca, muchas veces de tanta intensidad, que esto se comprende bien. Los profesores en las clínicas se quejan de que hay médicos que prescinden del examen con el reflector, á causa de no poder aguantar el olor de la ozena al examinar al enfermo. Repetidamente entre su clientela particular, mujeres que por tales razones fueron devueltas á sus padres, ocurrieron para ser curadas. Los padres tenían que recibirlas aunque ya habían tenido niños, y solamente con la condición de que estaban completamente curadas, los esposos las dejaron volver bajo el techo conyugal. Que tales condenadas á veces se vuelven melancólicas, no es difícil de entender.

DIAGNÓSTICO.

La rinoscopía anterior demuestra *fosae nasale* muy anchas, cuyas paredes están cubiertas con masas de costras de color verde sucio, como con moho. Bajo las costras hay pus en forma de nata, los cornetes están atrofiados, de vez en cuando visibles como angosta porción de hueso solamente. Muchas veces se encuentran partes hipertrofiadas en la misma *fossa nasal*, que más tarde también sufren la atrofia. En estado avanzado hay atrofia de todos los cornetes. El que observa ve, después de haber limpiado la nariz, la abertura faríngea de la trompa de Eustaquio, el *ostium maxilare* y accesorio, si hay, y en no raros casos también, la abertura del *sinus sphenoidalis*. La nasofaringe está cubierta de costras; la membrana mucosa tiene una apariencia como de vidrio; el proceso se extiende muchas veces hasta la parte superior de la laringe y todavía más abajo. Las trompas de Eustaquio están á veces afectadas y otras veces también se halla una inflamación de los conductos naso-lacrimales con estenosis.

Hay que excluir cuerpos extraños, rinolitos, empiemas de las cavidades cercanas, tuberculosis y sífilis adquirida.

PRONÓSTICO.

Por lo general, el pronóstico es, *quod sanationem*, desfavorable. Enfermos que no tienen un tratamiento cuidadoso, en la gran mayoría perecen de tuberculosis pulmonar. En enfermos que no se hallan todavía demasiado avanzados y particularmente en personas jóvenes, hay posibilidad de curación. El peligro mayor es la infección del pulmón por el *baccilus tuberculosus*. Nunca se ha dado, nunca, la atención que merece, á este hecho triste, por parte de los autores, ni los clínicos tampoco han dado importancia á estas relaciones entre la ozena y la tuberculosis pulmonar. Y los que se ocuparon de esta cuestión están en su mayoría por la opinión que la ozena es una afección acompañándose y determinándose por la tuberculosis pulmonar. Contra esto hablan las investigaciones de Alexander, quien con 200 enfermos de tuberculosis pulmonar, en los cuales el diagnóstico era absolutamente cierto y seguro, estableció una inspección especial de las vías respiratorias superiores. Ciento once de estos enfermos eran asilados de un sanatorio para enfermos de tuberculosis, y 89 de la Policlínica para enfermos de tuberculosis en Berlín. Entre este número de enfermos de tuberculosis encontró únicamente un caso de ozena típica; 6 que estaban curados en sentido clínico; 9 que padecieron de atrofia sencilla intensa; 5 que tenían atrofia moderada; 4 atrofia intensa ocasionada por el marasmo del enfermo y 7 atrofia moderada causada por perturbaciones de nutrición. Según esto, no se puede asentar la tesis de que LA OZENA ES UNA AFECCIÓN CAUSADA POR LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Muy bien; ¿deberemos acaso considerar invertida la etiología entre estas dos afecciones? La ozena hay que considerarla como causa de la tuberculosis? Otra vez nos contesta Alexander con el resultado de sus interesantes investigaciones que emprendió con 50 enfermos de la clínica de la Universidad de Berlín. Prudentemente él escogió con la mayor exactitud solamente tales casos con los cuales se podía excluir con toda seguridad un empiema. Así lo hizo,

porque unos autores y sus partidarios explican la frecuencia de la ozena y la tuberculosis juntas en el mismo enfermo, con la presencia de un empiema. Dedujo muy correctamente que, como empiemas muchas veces se observan en enfermos de tuberculosis, se pone la ozena también á cuenta de la tuberculosis, como acompañando al empiema. Los pulmones de los enfermos se reconocieron cuidadosamente, sea que declarasen nunca haber tenido tos, ó sea habiendo sospecha de afección pulmonar. En esto Alexander comprobó que 22 de los examinados demostraron los síntomas físicos ciertos de la tuberculosis pulmonar; en otros 7 podía sospecharse la tuberculosis; 4 tenían otras enfermedades pulmonares, y solamente 17 estaban completamente sanos de su pulmón. Hay que notar el hecho de que la gran mayoría de los enfermos no sospechaban nada de su enfermedad pulmonar, aunque se encontraban ya en un estado avanzado de ella. Al lado de estas enumeraciones hay el resultado de 22 autopsias que se hicieron por parte de varios autores en personas que habían padecido la ozena. En éstas se pudo descubrir una tisis en 15 casos, siendo ella con excepción de uno solo, la causa de la muerte. ¡En 68 por 100!

¿Cómo infecciona la ozena el pulmón? La nariz normal tiene que preparar el aire para ser recibido en el pulmón, es decir, quitar su polvo, calentarlo y humedecerlo. Las *vibrissae* reciben y filtran el polvo y con él una gran parte de los gérmenes patógenos de enfermedades existentes en el aire. Cuerpos sólidos que pasan la nariz, quedan cautivados por la membrana mucosa, y después con el moco son despedidos hacia afuera. Cuanto mayor es la atrofia, tanto más ancha se pone la nariz, y tanto más fácilmente las partículas mencionadas pueden atravesarla. En la nariz atacada por la ozena el moco no fluye, sino se seca formando costras y da suficiente tiempo á las partículas que tiene adheridas para hacer perjuicios, quedándose ya las costras en la nariz por varios días.

Las bacterias que siempre existen en el aire respirable y que están detenidas por la membrana mucosa, se aumentarían bien y causarían malos efectos, si no fueran destruídas por el moco.

Según Lermoyez y Wurz los esporos del Antrax, después de una permanencia de tres horas solamente en el moco nasal, en una temperatura de 38° C., ya no son viables. Thompson también comprobó en cierto número de casos la esterilidad del moco nasal. Pero la nariz enferma con moco endurecido, secado en forma de costras, ofrece á las bacterias un lugar incubador de primera clase.

Fijémonos más en las funciones de la nariz normal. La membrana mucosa de los cornetes ofrece un plano extenso que sirve para calentar el aire respirable y humedecerlo. Por el proceso de atrofia con ozena, este plano se reduce mucho en extensión; por esto el aire solamente calentado y humedecido insuficientemente llega á las vías respiratorias inferiores. La faringe y la parte superior de la laringe por lo general están afectadas también por la enfermedad, y de esta manera sobre el pulmón recae el trabajo que pertenece á las vías respiratorias superiores y principalmente á la nariz. El aire mal depurado irrita el tejido pulmonar y determina una resistencia menor.

El bacilus de la tuberculosis que ya existe en la nariz sana y es expulsado por el moco normal en los enfermos de ozena, no puede eliminarse de la nariz por las razones mencionadas arriba. Entra en el tejido pulmonar que ya está irritado, y halla aquí un terreno bien preparado para su actividad perjudicial.

¡LA OZENA ES UN PELIGRO DIRECTO PARA EL PULMÓN!

El pronóstico, en consecuencia, deja mucho que desear. Nunca, por esto, hay que dejar de examinar los pulmones de un enfermo de ozena, de tiempo en tiempo, muy atentamente, no sólo con la percusión, la auscultación y el examen del esputo, sino también apelando á la prueba con la tuberculina que no debe olvidarse. Esto es tanto más importante cuanto que hoy nos encontramos en la aptitud segura de curar una tuberculosis que se halla todavía en su primer período.

TRATAMIENTO.

En primer lugar, hay que considerar la profilaxis. A los que se encuentren enfermos de sífilis, no debe serles permitido por sus médicos casarse hasta que no hayan logrado una curación completa. Más tarde también, en el matrimonio y de tiempo en tiempo, deben administrarse medicamentos propios. Que los individuos con tuberculosis deben abstenerse del casamiento, está ya suficientemente conocido y aceptado. Con individuos afectados de la ozena, el matrimonio se prohibe *eo ipso*, porque el resultado sería sencillamente una unión infeliz, transitoria y terminada probablemente por un divorcio.

La curación constitucional debería de estar subordinada á la causa, y, por consiguiente, en multitud de casos se tendría que emprender una curación antiluética, en aquellos en que la sífilis del padre está confirmada ó sospechada. Pero, como según las experiencias clínicas, ni el mercurio ni el yodo en la ozena, traen un resultado positivo, desistimos hoy enteramente de un tratamiento de tal carácter. Seguras investigaciones han confirmado el hecho de que existe una forma especial de sífilis hereditaria en la cual el mercurio no ejerce acción benéfica alguna.

La anemia constitucional se mejora casi siempre con el tratamiento local, pero el aceite de bacalao ferruginoso es muy útil y debe ser tomado con regularidad. Parécenme superfluas las inyecciones subcutáneas de preparaciones de fierro, porque no se obtienen resultados mejores con ellas, que con el bacalao, etc., en conexión con un tratamiento local á propósito. Se ordenan diariamente baños tibios, ejercicio moderado, y, ante todo, una nutrición buena y suficiente. Prohíbanse por completo las bebidas alcohólicas, porque por ellas el olor aumenta en intensidad desde luego.

La curación local consiste en limpiar la nariz de todas las costras; varios días hay que lavarlas y ablandarlas. Para eso se recomienda mucho el taponamiento de Gottstein. Las espinas y las hipertrofias, detrás de las cuales las secreciones pueden aglomerarse, hay que sacarlas por medio de una operación con sierra, constrictor ú otros instrumentos á propósito para el caso. Para poder limpiar bien la nariz, el tener un septum no desviado, es la condición *sine qua non*. Para la irrigación se usan grandes cantidades de agua, dos litros y más, dejándola correr por la nariz por medio de una ducha. El agua debe estar tan caliente, cuanto la nariz pueda soportarla. Se le añade sal, bórax, permanganato de potasa, bicarbonato de sosa ó substancias semejantes. Que se ordene á los enfermos la irrigación con solución de formalina, me parece inoportuno. No limpia la nariz mejor que los medicamentos mencionados y es

sumamente dolorosa. Los lavatorios se efectúan varias veces al día, según la gravedad del caso.

Como remedio se emplea el bálsamo del perú ó la mentolina, el ictiol, etc. El cauterizar la nariz á veces con el galvano-cauterio, presta buenos servicios. Por supuesto todas las costras deben extraerse, porque sin eso los medicamentos no llegan á la membrana enferma.

Uno de los mejores remedios es el masage eléctrico de vibración, metódicamente y todos los días empleado por largo tiempo. La secreción al principio es mayor, pero brevemente disminuye algo el mal olor y la formación de nuevas costras. La membrana mucosa se aumenta algo en su volumen, pero no hay que esperar un *«restitutio ad integrum.»*

Hace tiempo Réthi, Bayer, Cheval y otros, recomendaron la curación de la ozena por la electrolisis; la nariz es cocainizada y la aguja positiva se introduce en un cornete, la aguja negativa es introducida en la base del septo cartílago. La corriente no debe ser más fuerte que 15 ampéres. El procedimiento es muy doloroso y el éxito es nulo.

Ultimamente se han hecho pruebas de reconstruir los cornetes por medio de inyecciones de parafina.

Se ha comprobado que es de suma importancia la radiación por los rayos ultraviolados, según Dionisio. Los rayos por medio de lentes á propósito, los llevan á la cavidad nasal, ó lámparas fabricadas con este objeto, son introducidas en la nariz. Dionisio relata un cierto número de casos que trató de esta manera. Después de varios meses de curación con dos sesiones al día, los casos ligeros quedaron libres ya del mal olor y de la formación de costras. En casos más antiguos, 240 sesiones fueron necesarias; si el efecto de la luz es muy intenso, causa dolor de cabeza y vértigo. Todavía no se sabe si las curaciones obtenidas tienen que atribuirse al efecto bactericida de los rayos, ó á su influjo estimulante sobre los tejidos. Naturalmente hay que limpiar la nariz del modo más minucioso; las hipertrofias deben ser extirpadas, de otra manera el resultado es negativo. También se han consignado unos casos en los cuales una erisipela de la cara, muy grave, influyó favorablemente sobre el proceso de la ozena.

Para la curación de esta penosísima enfermedad, he comenzado á ensayar la aplicación del *radio*, pero los resultados que puedan obtenerse con este moderno agente no es posible aun señalarlos y todavía cualquiera apreciación sería injustificada y prematura.

DR. FRANCISCO SCHULDT.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA TERAPEUTICA DOSIMETRICA.

Enseñanza Universitaria.—Eclecticismo filosófico y eclecticismo médico.—La Dosimetría en la práctica rural.—Casos clínicos interesantes.

En el Periódico Médico titulado «LA TERAPÉUTICA MODERNA,» que quincenalmente ve la luz pública en esta Capital, y en su núm. 7, Tomo XV, correspondiente al 15 de Febrero próximo pasado, hemos leído el artículo que sigue,

que, contra nuestra costumbre de publicar exclusivamente artículos inéditos y originales, reproducimos en seguida por juzgar de notoria justificación las ideas expuestas en breves palabras por el autor sobre el eclecticismo, que debe adoptarse por los Profesores de Terapéutica.

Por esa causa, y faltos ya de espacio, suprimimos hoy nuestro trabajo mensual.

E. L. A.

No obstante el poderoso desenvolvimiento de la relativamente reciente doctrina dosimétrica, el cual corre parejas con la creciente riqueza de su bibliografía, y á pesar de la gran resonancia que los Congresos celebrados en París y en Madrid tuvieron en el mundo científico, resulta forzoso confesar que es muy exiguo aún el número de médicos—concretándonos á España—adeptos al referido método terapéutico.

El hecho señalado se debe á la rutinaria enseñanza recibida en las Universidades y Escuelas especiales de Medicina, en donde lejos de imperar la libertad en el aprendizaje científico, domina un criterio, no ya de escuela sino individualista, causa de que los alumnos aprendan tan sólo, si las aprenden, unas cuantas nociones más ó menos útiles, incapacitándose para abarcar la ciencia en toda su extensión, educándose en un *Memorismo*—valga la frase—estéril y no pudiendo estudiar las diversas opiniones con juicio claro y desapasionado.

Tal vez esté equivocado en mi modo de pensar, pero considero que el profesor, el catedrático, no debe—so pena de ser una eminencia dotado de gran facultad creadora, y de esos hay pocos—imponer sus peculiares ideas, sino más bien exponer las que considere como aceptables, corrientes y admitidas sobre cada caso concreto, sin exclusivismos de ninguna especie. Después ya se encargará el discípulo de valorar aquellos contribuyendo por ende al progreso evolutivo de la rama del saber de que se trate, merced al indispensable trabajo de análisis é investigación que tal tarea supone.

Si la terapéutica actual estuviese asentada sobre inconmovibles bases; si por fortuna nuestra la Materia médica, la Farmaco-dinamia, etc., hubiesen dicho su última palabra, sería absurdo el método acabado de exponer, supuesto que la verdad no tiene sino un camino. Ahora bien, todos sabemos la profunda revolución terapéutica iniciada, los nuevos derroteros perseguidos. Todos hemos visto cuán deleznable era el edificio levantado á costa de tantos esfuerzos y cientos de años por nuestros antecesores y casi auguramos que en días no muy lejanos quede poco del construído en la actualidad. Siendo así, es lógico pensar, que cuando mayor sea el sincretismo, nuestro criterio encontrará más facilidad para dar con la verdadera guía informadora de nuestras decisiones terapéutico-clínicas.

Por otra parte, como decía E. Bernán «la ciencia tiene valor por sí misma, independiente de todo ventajoso resultado,» debiendo todos buscarla allí donde se manifieste en toda su esplendorosa grandeza.

Nadie duda que el eclecticismo filosófico se impone hoy como norma. Del mismo modo el eclecticismo médico debe imponerse como base provisional para lograr el progreso en Medicina. Yo, por mi parte, no veo cuáles serían los inconvenientes resultantes de ello; en cambio permitiría ensanchar el círculo de la experimentación, serviría de contraste entre los diversos métodos y

en conjunto unificaría los procedimientos eligiendo de entre los mismos cuantos fueren dignos de selección.

Además, lo ocurrido en las cátedras acontece en los libros. A excepción de muy contadas obras modernas, las demás no mencionan siquiera las diferentes doctrinas médicas y terapéuticas. De ahí se deduce el *mental span* del alumno más aprovechado que deberá estar forzosamente restringido y reducido á cierto número de reglas y nociones de valor sumamente discutible y en todo caso notoriamente incompletas.

Si la Dosimetría se enseñara en las Escuelas de Medicina ó por lo menos se expusieran sus principios fundamentales, tendría numerosísimos prosélitos, pues dicho método tiene un carácter eminentemente práctico y ofrece al clínico resultados tan benéficos como sorprendentes en ciertas ocasiones.

La práctica de la medicina está plagada, en las pequeñas poblaciones, de escollos y dificultades. Una de las mayores consiste en ser muy reducido el número de las farmacias rurales que estén en condiciones de subvenir á las necesidades de la terapéutica alopática, debido á que, en estos últimos tiempos se ha desarrollado una químico-fármaco-manía, capaz de transformar en medicamento todo lo existente. Y claro está, en los pueblos de pequeño vecindario, en donde los emolumentos son escasos, no es factible, ni moral, exigir al farmacéutico la adquisición de esa balumba de productos que inundan los depósitos y obligan á la continua modificación de los formularios. Si desdeñando innovaciones nos atenemos al *modus faciendum* de la terapéutica clásica, seremos tachados de ignorantes y en parte con razón.

Pues bien, la Dosimetría, merced al ímprobo trabajo que supone haber analizado minuciosamente la acción fisiológica y terapéutica de los remedios que emplea, resuelve de plano la cuestión. El médico dosímetra no necesita conocer, sino cierto número de alcaloides, de productos químicos bien definidos, con lo cual tendrá lo necesario para combatir los diferentes procesos morbosos.

¡Cuántas molestias y sinsabores no ha de evitarnos el tener en todas las ocasiones conciencia plena de los efectos del medicamento administrado!

Las anteriores ideas podrán pecar de inocentes y ser harto conocidas de los médicos dosímetras. Sin embargo, no he querido resistir á la tentación de darles publicidad, pues acaso pueden servir de estímulo á los no iniciados en la Dosimetría, y de todos modos constituyen el fiel reflejo de una opinión sincera. Y ahora, para terminar, como complemento á este artículo, escrito sin género alguno de pretensiones científicas ni literarias, relataré dos casos clínicos que son bastante interesantes desde varios puntos de vista:

«En el mes de Abril próximo pasado fuí llamado en consulta por un distinguido compañero mío, para ver una enferma del corazón. Se trataba de una señora de 40 años, reumática cuando joven y afectada en la actualidad de una *estrechez mitral;* el miocardo compensaba deficientemente los trastornos circulatorios propios de la estenosis; la disnea se había hecho casi continua, impidiendo á la paciente estar acostada en su lecho, á menos de apoyarse en varias almohadas; los edemas al principio no se habían generalizado, constituyendo una verdadera anasarca; el riñón segregaba escasa cantidad de orina; y el aparato digestivo sufría en aquel desquiciamiento orgánico.

«El médico de cabecera había usado y aún abusado de la digital, tanto que yo juzgué si parte de los síntomas estarían determinados por la intoxicación digitalínica. En consonancia con el diagnóstico y con muy poca confianza

en los resultados, la receté los gránulos de colocyntina y jalapina, cinco diarios, y otros tantos de arseniato de estricnina y de hierro, dejando para más adelante, si había lugar á ello, la administración de la digitalina, porque, como he dicho, suponía sobrepasada con exceso la dosis conveniente de digital. Fáltame decir, que hacía largo tiempo estaba sometida la enferma al régimen lácteo, permitiéndosela, únicamente en los períodos de alivio, de lacticinios.

Mis impresiones, en cuanto al pronóstico, fueron muy pesimistas, tanto por la importancia de la lesión, como por la impotencia del tratamiento.

Así es que me produjo verdadero asombro el recibir, á los 20 días próximamente, la noticia de haber mejorado notablemente la enferma. Quise convencerme por mí mismo, y en efecto, pude cerciorarme del hecho; los edemas habían desaparecido, la respiración era menos fatigosa, la cantidad de orina se había duplicado. La terapéutica dosimétrica no logró curarla, pero sí la salvó de una situación angustiosa semidesesperada.»

«Otro caso se refiere á un niño, de unos 9 años, en el cual diagnostiqué una angina con *falsa membrana primitiva;* no supe si el agente determinante era el bacilo de Löeffler ó unas cuantas miriadas de estafilococos ó estreptococos que hubieran podido situarse á nivel de las tonsilas, pues para saberlo, habría tenido precisión de un examen bacteriológico y éste no se hizo.

Sé, en cambio, que el infarto ganglionar era intenso; la fiebre muy alta (39.5 y aun más), y la cara estaba pálida. Las amígdalas y regiones próximas estaban tapizadas de falsas membranas, blanco-amarillentas.

La familia del enfermito había perdido, algún tiempo antes, un hijo que, al decir de ellos, murió de difteria. De aquí que su alarma y temor fuesen grandísimos. Pues bien, con unas pincelaciones de jugo de limón en la garganta, un gránulo de sulfhidral cada media hora y unos supositorios de sulfato de quinina, conseguí en diez días que volviese el enfermito á recobrar la salud.»

DR. PIGA.

SECCION XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

Contestaciones al «Cuestionario Médico» del Dr. Vicente L. Orozco, de San Juan Evangelista, Ver.—(*Crónica Médica Mexicana,* T. VII, núm. 4.)

I. No conozco el *Guajcsquite*, é ignoro si será el mismo que el *talaje*. Este último no es un *Ixodes,* sino un *Ornithodoros talaje* (Guér. Mén.) Es muy distinto de la *turicata*, á lo menos de la que se conoce con este nombre en Guanajuato, y es *Ornithodoros turicata* (Alf. Dug). La llaga producida por este arácnido, cuando la persona picada se rasca, no tiene tratamiento especial; son de aconsejar las curaciones locales con substancias antisépticas y vino aromático del Código.

II. Es probable que la *tetatia* ó *hincha-huevos*, que ocasiona una inflamación del escroto, y también pústulas dolorosas en los puntos donde cae el latex de la planta, es una especie de *Rhus*. No he observado personalmente accidentes serios á consecuencia del contacto de dicho vegetal, pero mi difunto

amigo, el Dr. Manuel Anaya, que experimentó en su propia persona, en León (Guanajuato), me dijo que se había curado con aplicaciones de atole. En algunas personas, entre otras el jardinero del Colegio de Guanajuato, el *rhus* (¿toxicodendron?) no produce ningún efecto.

Guanajuato, Marzo de 1904.

DR. ALFREDO DUGÉS.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

«The Therapeutic Gazette.»—Febrero de 1904.—*El ictiol en las infecciones pulmonares.*—Rosemberg refiere que ha usado el ictiol al interior, con excelentes resultados, en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. De la observación de una enferma en quien con ese medicamento se modificó desde luego el aspecto y cantidad del esputo, la tos cesó dentro del primer mes, y el peso aumentó á 15 libras. Después de un mes de tratamiento, la análisis bacteriológica reveló pocos bacilos en el esputo, y ocho meses después no se encontró ninguno. Se suspendió entonces toda medicación y se puso á la enferma en observación, y durante cerca de dos años no volvió á tener tos ni bacilos en los esputos.

Biyoduro de mercurio en inyecciones hipodérmicas, en la sífilis infantil.—Schroab y Levi-Biug, refieren cinco casos de sífilis infantil tratados con éxito por inyecciones hipodérmicas de biyoduro de mercurio en solución acuosa, á la dosis de uno á dos miligramos diariamente. Estas inyecciones son bien toleradas, no producen irritación local y son seguidas bien pronto de la desaparición de las lesiones cutáneas y viscerales. Las edades de los niños á que se refieren estas observaciones, son de un día á tres meses.

Prolapsus de un uréter á través de la vejiga y la uretra.—Hibler cita la observación de una niña de seis semanas á quien repentinamente le apareció un tumor pediculado del tamaño de un huevo de gallina de aspecto quístico, en el meato urinario. Dicho quiste se rompió algunas horas después de su aparición, y hecha la excisión de sus paredes, aparecieron fenómenos urémicos, y la niña murió. El quiste era el uréter izquierdo dilatado y prolabado por atrofia é impermeabilidad de su orificio vesical. Se encontró, además, un segundo uréter del mismo lado y desembocando en la vejiga y el uréter derecho dilatado.

Abuso de la nitro-glicerina.—Lefévre, refiriéndose al tratamiento de la fiebre tifoidea, hace las siguientes observaciones:

Con frecuencia en el colapso agudo ó cuando la debilidad cardíaca produce dicrotismo del pulso, se da á intervalos frecuentes nitro-glicerina, con la idea de disminuir el trabajo del corazón. Romberg nos ha enseñado que en

el colapso cardíaco agudo hay una parálisis vaso-motora, y que la cojera del pulso es más vascular que cardíaca; por tanto, la trinitrina administrada en estas circunstancias, no mejora la situación. En los últimos períodos de la enfermedad, cuando el pulso es dicroto, el dicrotismo es debido á la relajación de las arterias, y en estas condiciones la nitro-glicerina en lugar de ayudar al corazón, destruye la resistencia del sistema circulatorio. Esta droga debe ser dada solamente cuando la tensión arterial es bastante elevada, y entonces sólo para sacar al paciente del inmediato peligro. No es una medicina que se puede usar continuadamente por un tiempo largo.

Boletín Clínico mensual del Hospital núm. 1 de la Habana.—*Estudio clínico de la recaída de la hernia inguinal, por el Dr. José A. Presno.*—Un artículo en que su autor estudia desde luego la frecuencia de la reproducción de la hernia inguinal después de su cura radical por los procedimientos de Championnière y de Bassini, proporción que estima en un 10 por 100; pasando en seguida á estudiar los factores de esa recaída que dependen de la *hernia*, *del individuo*, y de la *operación*. Las causas que provienen de la hernia y que la predisponen á la reproducción, son: el que sean adquiridas, voluminosas, irreductibles, que tengan adherencias y que su contenido esté formado del intestino grueso. En lo que se refiere al individuo, estudia: la edad, el estado de la pared abdominal, su laxitud y su recargo de grasa. En cuanto á lo que se refiere á la operación misma, el autor señala la falta de asepsia, por la supuración consiguiente, la hemorragia, el hematoma, y como causas posteriores que comprometen el resultado de la operación, la levantada pronto de la cama (él cree término prudente 15 días) y el uso de braguero después de la operación. Cree que no hay ningún procedimiento absolutamente radical en materia de cura operatoria de la hernia inguinal, y después de analizar ligeramente los principales, le da la preferencia al de Bassini, haciéndole las siguientes objeciones:

«1ª Es algo complicado.

«2ª La sutura de las tres capas musculares con el ligamento de Poupart, «es difícil de poner en práctica en las grandes hernias, y á consecuencia de «las numerosas suturas que esto requiere, puede suceder que el tejido mus«cular se modifique desfavorablemente; y

«3ª Las funciones del testículo pueden sufrir de un modo indirecto á con«secuencia de lo que pasa con el cordón.»

Propone para remediar el inconveniente que á veces resulta en la operación de Bassini, y que es la compresión del cordón en el canal, artificialmente creado para alojarlo, dividir el cordón espermático en varios cordones que se alojarán por separado entre las suturas del canal reformado.

Revista Médica Cubana.—*Fecundidad asombrosa.—Parto séxtuple.*—Los Dres. Kerr y Cookman, refieren haber visto en Acera (Costa de Oro, Africa) á una indígena que dió á luz cinco niños y una niña. Sólo eran cuatro placentas; la niña y un niño tenían cada uno su placenta y en las otras dos venían parejas de niños. El parto duró en totalidad cuatro horas, y las expulsiones de los distintos fetos se hicieron con mucha rapidez. Después del parto quedó muy agotada la madre; pero se repuso con mucha rapidez. Esta indígena refirió que en su primer parto tuvo cuatro niños, tres en el segundo, tres en el tercero y seis en el último, es decir, *diez y seis hijos en cuatro partos!*

NOTAS.

VELADA FUNEBRE EN HONOR DE LOS SRES. DRES. D. MANUEL CARMONA Y VALLE Y D. FRANCISCO DE P. CHACON.

El martes 26 del mes que acaba de finalizar y en el salón de actos de nuestra Escuela Nacional de Medicina, tuvo verificativo la Velada organizada por la «Sociedad Médica Pedro Escobedo,» para honrar la memoria de las dos insignes personalidades que tanto lustre dieron durante su vida al Cuerpo Médico Mexicano, y cuya desaparición hemos tenido que lamentar últimamente. El programa del acto fué el siguiente:

I. TOSCA. Fantasía dramática para piano é instrumentos de arco, por los *Sres. Alfredo J. Aragón, Ildefonso Sánchez, Filiberto Hernández, Amando Portillo* y *Juan González.*

II. DISCURSO por el *Sr. Dr. Alberto López Hermosa* en nombre de la Academia Nacional de Medicina.

III. OTELLO, de *Verdi.* Ave María cantada por la *Señora Profesora Margarita Hernández viuda de Nieto.*

IV. DISCURSO por el *Sr. Dr. José Mesa y Gutiérrez,* en nombre de la Sociedad Médica «Pedro Escobedo.»

V. ELEGÍA, de *Massenet.* Cantada por el *Sr. Profesor Roberto Marín.*

VI. DISCURSO por el *Sr. Dr. Manuel Domínguez,* en nombre de la Escuela Nacional de Medicina.

VII. ANDREA CHENIER. Fantasía dramática para piano é instrumentos de arco.

Los números todos de este programa fueron desempeñados á completa satisfacción del numeroso público que henchía el salón y que ha confirmado una vez más la altísima estima en que la sociedad mexicana tuvo siempre á sus distinguidos hijos; los Sres. Dres. Carmona y Valle y Chacón. Los oradores todos estuvieron felices en verdad, en sus discursos que pronto sin duda verán la luz pública, y en los cuales se pusieron de relieve los excepcionales méritos de los finados, y el justo derecho que por ellos tienen á la inmortalidad de su memoria.

Ya que en México es por desgracia tan poco lucrativa y tan amarga la vida del médico, aun de aquellos que logran sobresalir por sus aptitudes y su altruismo, es grato ver que la parte sana de nuestros contemporáneos rinde el merecido tributo á los seres privilegiados que, cumpliendo con su misión, han rendido su jornada haciendo el bien.

EL «ESPERANTO,» IDIOMA INTERNACIONAL.

Nuestro apreciable amigo, el Sr. Dr. D. A. Vargas, de Santa Rosa Necoxtla, Ver., Secretario de la sociedad que en ese lugar se ha formado para la propaganda y cultivo del nuevo idioma internacional que se ha ideado por el distinguido filólogo ruso Dr. L. Zamenhor, nos ha remitido algunas publicaciones sobre ese asunto.

Nuestras multiplicadas atenciones nos han obligado á recorrer rápidamente los interesantes folletos que nos han sido enviados, entre los cuales figura una Conferencia sobre el nuevo idioma, dada por el Sr. Dr. Vargas, en el Colegio del Estado en Orizaba, el 16 de Enero próximo pasado. En ella se explica con bastante claridad algo de la estructura especial, lógica y razonada de este idioma, y las positivas ventajas que ofrece para llenar su cometido.

Noble y útil nos parece la empresa acometida, y sinceramente deseamos que el «Esperanto» progrese y se aclimate, no sólo en nuestro suelo, sino en todos los países civilizados, realizando la aspiración de sus adeptos y abnegados propagandistas.

CORRESPONDENCIA DEL DIRECTOR DE LA «CRONICA.»

Por encargo del señor Director de este periódico, volvemos á suplicar á los señores siguientes tengan la amabilidad de contestar las cartas que les han sido dirigidas:

Sres. Dres. Reynaldo Suárez, de la Piedad; Pedro M. Acosta, de Guadalajara; J. González Ibarra, de Etzatlán, Jal.; J. B. Gutiérrez, de Querétaro; Pedro N. Rentería, de San Luis Potosí; A. Bueutello, de Bustamante, N. L.; Benjamín Cancio Alvarez, de Papantla; Arcadio J. Ojeda, de Veracruz; Prof. Eduardo Vignon, de Orizaba; A. Canto Pérez y Joaquín Hernández, de Progreso; Domingo Amábilis, de Tekax; Pedro J. Mireles, de Linares; Juan B. Calderón, de Puebla; y Juan Villaseñor, de Silao.

JERINGAS DE LUER.

Siendo ya pocas las que quedan en nuestro poder, rogamos á nuestros amigos y lectores que deseen adquirirlas, se sirvan hacer sus pedidos á la mayor brevedad, para que puedan ser obsequiados.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, JUNIO 1º DE 1904. NÚM. 6.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION IV.

NOTA ACERCA DE LA EXISTENCIA DEL UNCINARIA DUODENALIS EN TAMPICO.

Hacía algunos años que, como Médico Director del Hospital Militar y después del Hospital Civil de Tampico, venía observando con relativa frecuencia casos de anemia profunda con edemas generalizados y derrames cavitarios que, *faute de mieux*, atribuía al paludismo, generoso manto encubridor muchas veces de nuestra ignorancia, hasta que preocupada mi atención por la lectura de varios trabajos publicados en la prensa médica señalando la existencia de la anquilostomasia en América, me propuse, recordando aquellos casos de anemia progresiva y de etiología dudosa, investigar á mi vez, no tardando en confirmar mi sospecha, como lo demuestran las siguientes observaciones:



Obs. I: *Asunción Alvarez*, de Jaltutitlán, de 20 años de edad y con 10 años de residencia en el Terminal y El Paso, Tampico, donde trabaja de vaquero, ingresó en el Hospital Civil por primera vez el 17 de Julio de 1902, y salió el 21 de Agosto del mismo año, figurando en los libros del establecimiento con el diagnóstico de anemia palustre. Por seguir enfermo y en la absoluta imposibilidad de atender á su trabajo, volvió á entrar en mi sala del Hospital el 8 de Noviembre; preocupado entonces por el estado de profunda ane-

mia en que el enfermo se presentaba y abrigando algunas dudas acerca del primer diagnóstico, resolví hacer el estudio de las heces. Sin antecedentes patológicos dignos de mencionarse, pues dice sólo haber sufrido hace ya años, alguno que otro acceso de intermitentes de corta duración, llama desde luego mi atención el color pálido del rostro, la profunda decoloración de los labios, encías y conjuntivas, la hinchazón de los párpados, el derrame peritoneal y los edemas maleolares. Se queja de un dolor epigástrico persistente, poco ó nada mitigado por los alimentos, sin que á la palpación pueda percibirse algún indicio de neoplasma gástrico, y sin que hasta la fecha dicho dolor se haya acompañado de vómitos alimenticios ó hemorrágicos. Con el dolor acusa una anorexia absoluta, acompañada de gusto amargo, salivación y flatulencias gastro-intestinales, cuando toma alimentos de difícil digestión ó en mayor cantidad que lo habitual. Interrogado sobre sus funciones intestinales, me dice que desde hace algún tiempo observa alternativas de constipación y diarrea, que ceden sin tratamiento para volverse á presentar con cualquier cambio en su alimentación; cuando estudié sus heces eran éstas de consistencia pastosa, de color negruzco y las cámaras abundantes y de olor fecal. No había en ellas, aunque examinamos algunas, pus, notándose, en cambio, puntos y rasgos de sangre. Durante su larga permanencia en mi sala, desde Noviembre hasta Marzo, la investigación de la temperatura reveló algunos accesos febriles de tipo irregular, de poca intensidad y duración, que cedían pronto al uso de los purgantes, y sin que el examen de la sangre me revelara la presencia de los hematozoarios característicos del paludismo, ni la palpación y percusión el infarto del bazo ó del hígado. Negativa fué también la exploración del tórax, tanto en lo que se refiere al pulmón como á los gruesos vasos y al corazón; y ningún resultado tampoco obtuve del reconocimiento de la orina, que con densidad normal no reveló la presencia de la albúmina, como hacía sospecharlo la anasarca que presentaba el enfermo.

Con alternativas de mejoría y agravamiento, pero sin disminuir los edemas, siguió el enfermo, acentuándose de día en día la hipoglobulización. Se siente presa de un gran decaimiento; al menor esfuerzo experimenta palpitaciones y desmayos, se le obscurece la vista y la respiración se vuelve corta y agitada. En la base del cuello se oyen los soplos vasculares de la anemia, y al contar los glóbulos rojos con el Thomas-Zeiss se encuentra un promedio de 2.300,000 eritrocitos por milímetro cúbico; el examen de las heces que practiqué *el día 7 de Enero* me reveló la presencia de *cristales de Charcot* y *abundantes huevos de* UNCINARIA DUODENALIS. El 18 del mismo mes hice administrar al enfermo dos gramos de timol seguidos de un purgante salino, encontrando en las heces después del efecto evacuante *ocho uncinarias* en estado de completo desarrollo; las primeras evacuaciones que produjo la purga no se recogieron, manifestando el enfermero que contenían un número considerable de gusanos. Volvió á tomar otra dosis del vermífugo el 8 de Febrero, arrojando más vermes. Desde entonces mejora notablemente su estado: reaparece el apetito y se disipa el dolor del estómago; se regularizan las digestiones y desaparecen los edemas, y el derrame peritoneal que tan notable era en el día de su entrada, es ahora apenas perceptible. Sale de alta el 17 de Marzo.

Obs. II: *Dolores Reyes*, de 13 años de edad, originaria del estado de San Luis y con cinco años de residencia en el Paso, Tampico, donde contrajo la enfermedad, entró el 31 de Octubre de 1903 en la sala de mujeres del Hospital Civil y murió el 17 de Noviembre. No tiene antecedentes hereditarios ni pa-

tológicos dignos de anotarse, y su estado actual es el siguiente: *anemia* intensísima, anasarca y derrames cavitarios en el perítoneo y en la pleura; el edema de la cara es tan intenso que impide la abertura completa de los párpados.

Al auscultar el tórax no se encuentra nada de anormal en la región del vértice; en las bases algunos estertores y silencio respiratorio, indicando la existencia de edema pulmonar y derrame, no abundante, en la pleura. Soplo intenso extracardiaco en la base del corazón prolongándose hacia el cuello; ningún indicio de lesiones valvulares. Anorexia absoluta y dolor epigástrico; en esos días diarrea fétida; hígado y bazo algo hipertrofiados. En las heces se encuentran huevos de *anquilostoma* y de ascáridos; no hay albúmina ni cilindros renales en la orina, como en un principio lo sospeché en vista de la hidropesía que presentaba el enfermo. Durante todo el tiempo de su permanencia en la sala, la temperatura axilar fué normal, y negativo el examen de la sangre en cuanto á la existencia del *hematozoario de Laveran*. Con el timol que se le administró en dosis de 2 gramos arrojó *uncinarias* y algunos ascáridos; siguió, no obstante, en el mismo estado de hipoglobulización y murió el 27 de Noviembre. AUTOPSIA. Infiltración de todo el tejido celular: derrame de serosidad citrina en el pericardio, en la pleura y en el peritoneo. Corazón hipertrofiado, pero sin lesiones valvulares; orificio aórtico normal. Pulmones, con edema en las bases y normales en los vértices; bazo algo grande y sin alteraciones macroscópicas aparentes; hígado notablemente hipertrofiado y en estado de profunda degeneración grasosa. Duodeno, en hiperemia intensa con fino puntilleo hemorrágico y *numerosos anquilostomas* adheridos á la mucosa y repletos de sangre; algunos flotan libres en el líquido mucoso y algo sanguinolento del intestino. No se encuentran alteraciones patológicas importantes de los demás órganos de la cavidad abdominal.

La anquilostomiasis ó *«caquexia acuosa, mal d'estomac»* de los negros de las Guayanas, *«tuntun»* de Colombia, *«cansancio»* de Guatemala, *«anemia de los mineros, mal del túnel,»* de los trabajadores de San Gotardo, *«clorosis de Egipto,»* es un estado patológico caracterizado por una anemia intensa y progresiva, y producido por un parásito intestinal denominado ANCHILOSTOMA ó UNCINARIA DUODENALIS. Descubierto por Dubini, de Milán, desde el año de 1838, ha sido después descrito por varios observadores, entre ellos por Greissinger en Egipto, por Perroncito en los trabajadores del túnel de San Gotardo, y recientemente por Stiles en los Estados Unidos y Plasencia, en Cuba, autores estos últimos de los trabajos más completos sobre este temible parásito.

El anquilostoma es un *entozoario*, del tipo de los *vermes*, clase de los *nematelmintos*, orden de los *nematodes*, familia *anchilostoma* ó *uncinaria duodenalis;* al mismo orden pertenecen también las filarias, la anguilila intestinal, los ascárides, oxiuros y la trichina, citando sólo los parásitos más comunes y nocivos al hombre. Este gusano (véase la lámina) está formado por un cuerpo cilíndrico de 6 á 10 milímetros de largo por 0.5 de ancho en el macho; el que dibujé medía 8 milímetros de longitud por 0.5 de anchura. La hembra, más larga, midió 11 milímetros por uno de grueso. De color blanco, en estado de vacuidad, adquiere un color rojizo, recién salido del intestino, por la sangre que contiene el tubo digestivo. En la hembra las dos extremidades del gusano son cónicas, en el

macho la extremidad caudal se ensancha en forma de campana, lo cual permite á la simple vista fijar el sexo al que pertenece el vermes.

La extremidad cefálica más bien que cónica cuadrangular, con ángulos desvanecidos, presenta un anillo quitinoso que soporta cuatro ganchos ó dientes ventrales ó inferiores, y tres dientes dorsales, el de enmedio rudimentario, los laterales bien desarrollados, aunque no tan agudos y encorvados como los ventrales. Del diente dorsal mediano parte una membrana ó refuerzo del cutículo, la cual presenta una división vertical y se dirige al anillo quitinoso, formando la abertura bucal; hacia los lados del diente medio dorsal y arriba de los dientes laterales, se ven dos cuerpos alargados en el sentido transversal descansando al parecer en la membrana ó repliegue del cutículo.

La extremidad caudal, ensanchada en el macho en forma de campana para formar la bolsa copulatriz y cloaca, puntiaguda con el ano á un lado en la hembra, presenta en aquel dos *espículas* que parten de las papilas anales y once ganchos, el dorsal y el ventral bifurcados, que llevan el nombre de digitaciones fijadoras, radios musculares ó costillas. Entre la boca y el ano es fácil ver con un pequeño aumento el esófago con su dilatación ampular, y seguido el intestino, tubo recto y ancho que ocupa toda la extensión del vermes. Rodeando al intestino, pero sólo en la parte superior en el gusano macho, y en todo el trayecto de la boca al ano en la hembra, se ven las ondulaciones del testículo y ovario, respectivamente; la vesícula seminal y el canal eyaculador. En la hembra, en la unión del tercio superior del cuerpo con el tercio medio, se percibe el orificio de la vagina, y muy cerca de la cola, como ya se dijo, el ano.



Los huevos del parásito son de forma elipsoidal, de color claro, transparente, á la inversa de los huevos del ascárides que son obscuros; miden los que observé de 40 á 50 milésimos de milímetro de largo por 30 á 43 de ancho. Presentan una membrana ó envoltura fina y entre ésta y la masa granulosa del huevo un espacio claro que permite desde luego hacer el diagnóstico diferencial con los huevos del oxiuro y del ascáride. La masa central y granulosa del huevo ofrece algunos cambios según la época del desarrollo; unas veces se observa única, más tarde se divide en dos, cuatro, ocho segmentos, quedando éstos separados por espacios claros. En un huevo pude ver el embrión en estado rudimentario y completamente enrollado, pero no pude asistir, quizás por mi poca experiencia y defectos en la técnica, á la salida del vermes ya formado.

El dominio geográfico del *uncinaria duodenalis* es extensísimo, pues además de existir en el Asia, Egipto y en las regiones cálidas de Europa, donde es considerado como la principal causa de la anemia de los mineros, su existencia ha sido recientemente señalada en los Estados Unidos, Cuba, Guayanas, Colombia, Guatemala, Venezuela y el Brasil; la presente nota demuestra que, por desgracia, también existe en Tampico.

Tampico, Tam. DR. ANTONIO MATIENZO.

Nota.—Este trabajo del ilustrado Director del Hospital Civil de Tampico, Delegado del Consejo S. de Salubridad de ese mismo puerto y Miembro de la Academia Nacional de Medicina, ha sido publicado en la «Gaceta Médica,» órgano de esta respetable Corporación; pero su importancia é interés nos ha movido á reproducirlo, aunque por regla general sólo se insertan en la «*Crónica*» los trabajos originales é inéditos.

E. L. A.

SECCIÓN XI.

HISTORIAS CLINICAS GINECOLOGICAS

POR EL

DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

OBSERVACION SEGUNDA.

A mediados del mes de Abril próximo pasado, entraba yo en una casa de la Colonia de San Antonio de las Huertas, conducido por un esposo afligidísimo y por dos señores más, no menos angustiados. Allí encontré una señora de quien decíase se hallaba muriendo, un sacerdote que esperaba el cumplimiento de su misión religiosa y á mis dos estimables colegas los Dres. Nicolás Ramírez Arellano y Zeferino Páramo Rangel, ocupados en sostener bajo sueño clorofórmico, la enferma en cuestión. Era ésta, una señora en extremo gruesa, más bien obesa. Su respiración hacíase con frecuencia y era ligeramente superficial, entrecortada periódicamente por ligeros esfuerzos de expiración, indicios aparentes de gemidos ahogados. Sus facciones, aunque con la impasibilidad de los cloroformados, denotaban profundos y graves sufrimientos; su vientre enormemente dilatado, atraía francamente la atención del clínico y la labor de sus médicos ya citados, dejaba adivinar la intensidad de los sufrimientos manifestados.

Ya traía yo algunos antecedentes relativos á esta señora: aparente buena salud anterior, varios partos laboriosos y requiriendo intervenciones facultativas formales; padecimiento actual datando de cuatro días, intenso y grave desde el principio. Un dolor agudo en el vientre, difuso y violentísimo: constipación intensa, sin llegar á la oclusión, micciones molestas, fatiga respiratoria acentuándose, y cara descompuesta desde las primeras horas. En cuatro días el cuadro se sostiene agravándose en sus síntomas. La situación de la enferma ha llegado á ser intolerable.

La enferma tal como yo la encontré daba pocas enseñanzas: en decúbitus dorsal, anestesiada, voluminosa en su vientre, que era por donde quiera timpánico; temperatura de 36°2 y 150 pulsaciones. Examen vaginal: útero grande, grueso, leucorreico y erodado. Fondo posterior, lleno y renitente; fondo lateral izquierdo, caliente, lleno, renitente y difícil de penetrar; fondo lateral derecho, estrecho y muy profundo, permitiendo reconocer el útero en latero-posición derecha.

El Sr. DR. NICOLÁS RAMIREZ DE ARELLANO, conversa largamente conmigo, hace cuatro días que estudia y observa á la paciente, el DR. PÁRAMO RANGEL

nos ilustra con sus observaciones y logro llegar á este **diagnóstico: PERITONITIS POR TORSIÓN DE UN QUISTE DEL OVARIO IZQUIERDO.** Sostener aquí el por qué de mi diagnóstico, apoyar y defender mis deducciones, sería tarea larga y fuera de mis propósitos actuales: permítaseme solamente declarar que el diagnóstico lo hice por exclusión y que mis dos ilustrados colegas reconocieron la veracidad de los signos observados y la posibilidad de mis interpretaciones.

La misma tarde de ese día, la operamos de urgencia. La LAPAROTOMÍA fue laboriosa y difícil. El estado de la enferma era alarmante progresivamente; el pulso caía en fuerza y aumentaba en frecuencia; las facciones de la enferma se descomponían cada vez más y un sudor frío y viscoso comenzaba á empapar aquellas sienes llamadas á lividecer muy pronto. Sin embargo, insistimos en el uso de la cafeína y de la estricnina, recurrimos á las grandes inyecciones de suero y la situación pareció mejorarse insensiblemente. Procedí á abrir el vientre. Las asas intestinales estaban bastante dilatadas, sin ofrecer esa enorme dilatación de los enfermos obstruídos en su canal digestivo; la inyección venosa de las asas era de tal modo intensa, que las vísceras tenían un color rojizo, tan subido, que tiraba al vinoso sombrío; en algunos lugares parecían casi ennegrecidas. Alguna serosidad icorosa salió por la incisión. En la pelvis había un quiste del ovario de medianas dimensiones enteramente obscuro, íntimamente adherido á todo lo que lo rodeaba y cubierto de falsas y verdiosas membranas. Su pedículo retorcido y blanduzco ofrecía todos los signos de una gangrena anaerobia. El DR. RAMÍREZ DE ARELLANO pudo convencerse de la veracidad de mis observaciones, introduciendo á su vez, la mano en el vientre. El DR. PÁRAMO RANGEL, que administraba magistralmente el cloroformo (sólo consumió en toda la operación diez gramos de anestésico), nos dió la voz de alerta: la enferma se agravaba por minutos. Intentar la disección de aquel tumor tan adherido, en enferma tan grave, lo consideré una temeridad: preferí lavar ampliamente el peritoneo, empacar muy bien aquella zona flogógena y canalizar ampliamente la cavidad pélvica. Tomé mis medidas para hacer un ano artificial y combatir de aquel modo la estásis intestinal paralítica que exacerbaba la infección: este ano debía cerrarse dentro de cinco ó seis días. Al terminar la sutura del vientre y comenzar el vendaje, nuestra enferma manifestó síntomas intensos de postración cardiaca y á pesar de todas nuestras luchas, no obstante nuestros repetidos y continuados esfuerzos, expiró víctima de la parálisis del órgano circulatorio.

Bien difícil es en los amargos y duros trances de nuestra profesión, conservar la calma de espíritu bastante para emitir juicios serenos, y no es ciertamente la oportunidad de una agonía en la mesa de operaciones, la mejor para aclarar el entendimiento; sin embargo, yo pude observar que esta enferma moría víctima de la debilidad cardiaca consecutiva á la auto-infección intensa que emanaba del estado de su vientre. El corazón, esa víctima precoz de las infecciones, había cedido bajo la degeneración aguda de sus fibras intoxicadas y destruídas químicamente. Quizás la posición declive, la gran obesidad de la señora, y la posición dificultosa de su cuello, aumentaron un poquito la labor de aquel órgano desfalleciente, cuya vida se sostenía desde hacía muchos minutos de una manera meramente artificial: la operación había durado cuarenta y dos minutos.

Y luego allá en la soledad de mi conciencia, registrando mis recuerdos clínicos, conté hasta cuatro enfermas más que había tenido ocasión de observar en tan aflictivas cuanto anómalas circunstancias. De esas perdí una más y

logré salvar tres. Repetir historias y acumular anamnésticos es cansado y es sobrante; bástame agregar que de los cinco casos graves de torsión de tumores abdominales, perdí dos, los más graves, y salvé tres, los más benignos; que honradamente declaro fueron desde el principio crónicos y lentos. Agregaré que he perdido la cuenta de los casos en que he hallado los pedículos más ó menos torcidos, en el curso de mis operaciones y que han ido aumentando el caudal de mis sorpresas operatorias.

Sin embargo, no he querido limitar mis investigaciones á mi propio esfuerzo y he acudido á la experiencia ajena; creo haber leído todo lo más que se ha escrito y publicado acerca de este respecto y sin vacilar me he resuelto á comunicar á mis lectores las impresiones personales que tanto mis enseñanzas experimentales propias, como mis lecturas á este respecto, me han producido. Válgame, pues, mi buen deseo de popularizar estas ideas y estas enseñanzas nuevas de Clínica abdominal, para excusar ante los lectores de la «Crónica,» el que me atreva á abordar tan difícil cuanto interesantísima cuestión de actualidad.

CUARENTA Y OCHO observaciones bien caracterizadas he podido encontrar en la literatura médica que ha estado á mi alcance, relativas á TORSIONES de tumores ováricos ó uterinos. De éstas la gran mayoría corresponden á autores alemanes, pocas son las relativas á franceses, muy pocas á ingleses, algunas á italianos y ninguna á mexicanos, excepción hecha de las cinco mías.

Estas observaciones, entre las cuales hay algunas acompañadas de magníficos y admirables comentarios, son las siguientes:

POTHÉRAT	Arch. de Tocol. y de Gin. Noviembre 1893.		
RENDU	Province. Med. 1894. Nº 11.		
P. RUGE	Berl. Klinik. Tom. XXI, pág. 210.		
SALIN	Centralbl. f. Gynékol. 1891, pág. 711.		
H. RIPPS	The Lancet, 1896.		
BECKMAN	Centralbl. f. Gynekol, 1895, pág. 620.		
R. B. BRAUN	«	«	pág. 632.
CARIO	«	«	1891, pág. 347.
CHROBACH	«	«	1895, pág. 633.
GUERARD	«	«	1894, pág. 683.
JACOBSEN	«	«	1893, pág. 287.
KURSTNER	«	«	1890, pág. 785 y 1891, pág. 209.
MACKENRODT	«	«	1891, pág. 260.
SCHURINOFF	«	«	1888, pág. 238.
SKUTSCH	«	«	1887, pág. 652.
STOCKER	«	«	1895, pág. 1181.
CHALOT	Annal. de Gynécol., 1887, Marzo.		
DEMAKIS	Disertación inaug. de Gottinge, 1895.		
DUPLAY	Gaz. des. Hôpit., 1891, Nº 123.		
H. W. FREUND	Centralbl, f. Gynekol., 1892, pág. 409.		
FRITSCH	Krank, der Frauen, 1896.		
HARTMAN Y MORAX	Annal. de Gynécol., 1894, Marzo.		
JOHNSON	New York Journal, 1892, Agosto.		
JAHREIFS	Much. med., 1895, pág. 1,164.		
LEGUEU Y CHADRI	Rev. de Gynecol., 1898,		

PAYR (de Gratz).	Sociedad Med. de Berlin, 3 de Abril de 1902.
MAYNARD Y REGASSE. . . .	Languédoc Med., 1900, tom. VIII, págs. 57 á 65.
M. F. CATHLIN.	Revue de Chir., 10 de Febrero, 1901, pág. 253.
G. NIOT.	Tesis, 1901.
HAUF. V. WOERTZ	Monat. fur Geburts. und Giuccol., 1900, pág. 68.
ERSILIO FERRORI.	Annali di ostetric. e ginecol. Ano XXI, 1900.
H. GOIGNERAL.	Tesis, 1902.
S. POZZI. . . . . . , . .	Revue de Gynécol., 1900. Abril.
Fray PARAVIANI-CLARIS. . .	Liestab. Gynécol. Helvetia, pág. 84.
WINTER.	Centralbl. fur Gynekol, 1899, Nº 39.
RICARD.	Soc. de Chirur. 11 Junio 1902.
BEGOUIMS	Journ. de Méd. de Bordeaux, 1901, Febrero.
MOUCHOTTE.	Soc. de Anat., 18 de Junio de 1902.

Y además, por no prolongar demasiado esta ya enorme lista de autores, las observaciones de LOTHEISSEN, LOHLEIN, MICKWITZ, MULLER, OLSHAUSSEN, SCHAUTA, THORN, KNOWSLEY, VEIT-SIEFART, WISER y las mías, ésta que constituye mi tema y las cuatro ya citadas. Por total dan un conjunto de CINCUENTA Y TRES OBSERVACIONES clínicas. Me permito llamar la atención del que intente seguirme en mis anteriores lecturas, sobre los magistrales artículos de KUSTNER, de THORN, de CARIO, de FREUND y de VEIT. Los primeros, notables por sus leyes, que han intentado establecer acerca de las TORSIONES FISIOLÓGICAS DE LOS ÓRGANOS PARES, y los segundos por sus investigaciones anatomopatológicas y estadísticas. El trabajo de VEIT, en su Enciclopedia de Ginecología es un resumen bastante regular de lo que en su época se sabía acerca de la tremenda complicación que hoy me ocupa.

Desde luego, y como primera impresión al resumir tales lecturas, el ánimo obtiene la convicción de que casi todos los autores que se han ocupado de las TORSIONES PATOLÓGICAS no están enteramente de acuerdo en los puntos más esenciales de la cuestión. Desde las investigaciones curiosísimas de KUSTNER, hasta la extraordinaria observación de WINTER; desde las obstruccionistas hipótesis de CARIO, hasta las repetidas experiencias de PAYR, que introducía globos de aluminio en el vientre de animales, toda esta literatura es valiosísima, todas sus observaciones son interesantes y sus resultados todos dignos del mayor estudio. Es frecuente que en los debates médicos, desde la personalidad y nacionalidad del observador, hasta la naturaleza del animal observado ó del enfermo reconocido, todo tienda á evitar el acuerdo y á destruir el resultado.

Es preciso definir, antes de iniciar el desarrollo de mis reflexiones, lo que yo y conmigo algunos de los autores citados, entendemos por TORSIÓN de LOS TUMORES ABDOMINALES.

La TORSIÓN, en toda su latitud clínica experimental, no se limita á un sentido meramente mecánico. Es decir, que si en el lenguaje vulgar entendemos por TORSIÓN, la acción de torcer ó torcerse, en Clínica abdominal, entendemos por TORSIÓN de los tumores LA SERIE DE FENÓMENOS QUE ACOMPAÑAN AL ACTO MISMO DE TORCERSE Ó RETORCERSE. Es decir, que no solamente se necesita que un tumor se desaloje en tal ó cuál sentido, sobre tal ó cuál eje y dirección, sino que es preciso que este fenómeno mecánico se acompañe de ciertos otros fenómenos biológicos concomitantes. En esta definición separo por completo todas las desviaciones temporales de los tumores pélvicos y todas las torsiones de sus pedículos ó implantaciones, que se caracterizan por su ines-

tabilidad y que no producen, en tal concepto, fenómenos accesorios nutritivos ó químicos.

Todos los tumores uterinos y ováricos, cuando llegan á ciertas dimensiones, ofrecen una gran superficie de ellos libre en la cavidad abdominal. Una extensión especial, los retiene en comunicación con el órgano ú órganos colindantes al punto de su desarrollo. Cuando esta comunicación es pequeña, se dice que los tumores están PEDICULADOS. Cuando es grande, se les da la denominación de SÉSILES.

Ahora bien, la cavidad abdominal no es un recipiente inmóvil é inerte, sino que guarda en su interior elementos altamente móviles, tanto por su sujeción á las leyes físicas, cuanto por sus propiedades eminentemente vitales. Los tumores pélvicos sufren directamente la influencia de estos movimientos y á su vez experimentan constantemente cambios de situación en su colocación. Si estos tumores son SÉSILES para desalojarse necesitan arrastrar consigo al órgano donde se hallan implantados; si son PEDICULADOS, la estrechez de su implantación les permite ejecutar sus movimientos alrededor del PEDICULO. Estos movimientos pueden ser de diversos órdenes, ya en el sentido de la vertical, ya en el de la horizontal ó ya al derredor de sus propios ejes. Un tumor puede desalojarse en el sentido de la vertical, ó bien de abajo arriba ó bien de arriba abajo. En el de la horizontal, de derecha á izquierda ó de izquierda á derecha. Al derredor de sus ejes, casi siempre al derredor del eje mayor, verificando verdaderos movimientos de rotación. Los primeros, el vertical y el horizontal, son fáciles de interpretar: bastan los cambios circulatorios inherentes al neoplasma mismo, los cambios de volumen en los órganos vecinos y aún los efectos exclusivos de la gravedad para desalojar en dichos sentidos un tumor. Los movimientos de ROTACIÓN son más complejos en su mecanismo.

Parece que hay cierta tendencia de todo tumor pélvico (ovárico ó uterino) para sufrir cierta torsión sobre su pedículo á medida que este tumor se va desarrollando. Basta meditar que cualquier tumor que crece y llega á salir fuera de la cavidad pélvica, pierde en el acto el apoyo real que le presta la caja huesosa ilíaca y tiende en virtud de su propio peso y de las presiones abdominales á caer un poco hacia adelante sobre la pared abdominal anterior, un poco menos resistente. Este cambio de situación no se hace sin que el tumor sufra un ligero movimiento de torsión al derredor de su punto de implantación. Si está en el útero, este órgano se halla ligeramente dirigido hacia atrás; si en los ligamentos anchos, las capas serosa y celular se dejan ampliamente distender. Esta torsión de crecimiento, casi de regla, puede llegar sin accidentes hasta la cifra de 90°. Desde el momento en que alguna causa intercurrente cualquiera la arrastra hasta 180° se presentan los fenómenos circulatorios y se constituye el proceso clínico de la TORSIÓN.

Consultando los trabajos de MICKWITZ, hallamos la enorme cifra de un 47 por 100 para este género de movimientos graves de los tumores genitales internos. THORN, da una cifra de 35 por 100. Para SCHAUTA sólo se observaría en un 20 por 100 de los casos, y finalmente DEMAKIS, da una cifra más consoladora, pues sólo señala un 17 por 100. Entre nosotros los mexicanos, dichas cifras resultan una enormidad. Dejando aparte las observaciones que acerca de esta siempre grave complicación, hayan obtenido mis colegas nacionales y que ni se hallan publicadas, ni han llegado á noticias mías, tendré que limitarme á mis propias observaciones. Ahora bien, como quiera que según mi modo de juzgar en la cuestión, yo no admito por TORSIONES, sino las que tienen el

carácter de permanentes y de perturbadoras de la circulación neoplásica, las cifras por mí calculadas resultan muy bajas. Antes dije que todos los tumores sufren cierta desviación sobre su eje, al desarrollarse intra-abdominalmente: no es de extrañar, pues, que al abrir la cavidad abdominal, suela el operador hallarse los anejos por la cara anterior de un fibroma, ó el meso-ovario dislocado por un quiste. Esto, conforme asenté anteriormente, es muy frecuente, casi diría *de regla*. Pero accidentes formales y francos del proceso designado por TORSIÓN, no he observado más que cinco, en una cifra total de más de quinientas laparotomías. Es decir, apenas un 1 por 100. Ciertamente que me limito á mis apreciaciones en un estudio enteramente particular y muy personal. Sin embargo, esta rareza de un proceso al que MICKWITZ eleva hasta un 45 por 100 de los casos en su país, no ha dejado de impresionarme profundamente y aun he pretendido buscar alguna explicación de ella. Quizás en los números de MICKWITZ hay algo de exageración, considerando que no asegura que todos ellos haya tenido el fallo cierto de la laparotomía, que el diagnóstico de las TORSIONES es sumamente azaroso, y que considere él por TORSIONES, las ligeras desviaciones de crecimiento á que ya he hecho referencia. Por otra parte, no sería imposible que la clase de enfermas que principalmente observamos en nuestros Hospitales, de las que hay muchísimas que en su vida han conocido el corset, que usan vientres libres y siempre activos, escapen más fácilmente que las europeas á la tremenda evolución de los fenómenos de TORSIÓN. Pero de cualquier manera que sea, ya un 1 por 100 como yo he creído observar, ya resulte más tarde una cifra mayor que me obligue á modificar mi criterio á este particular, la TORSIÓN es una complicación de los tumores útero-ováricos conocida entre nosotros.

Y á pesar de las elevadas cifras estadísticas obtenidas en Europa, que hacen prever que el conocimiento de este proceso estaría ahí muy conocido, llegamos á la cuestión etiológica y los encontramos tan divididos, tan vacilantes y tan hostiles unos con otros, como es costumbre encontrarlos en sus debates médicos.

En efecto, nada se puede asegurar aun respecto al por qué de estas torsiones. KUSTNER, uno de los que más se han ocupado de esta cuestión, á mi modo de ver con más acierto, cree que de la primera posición de desviación de crecimiento, el tumor bajo una influencia normal, puede caer en la segunda, es decir, en la retorsión. Basta que el tumor haya caído un poco más hacia adelante, para que las asas intestinales comprimiéndolo, lo precipiten más en su rotación. CARIO, achaca á los músculos abdominales este accidente y cree que una brusca contracción de ellos es la causante del trastorno. Poco más ó menos piensan MICKWITZ, SCHAUTA y todos los que se han ocupado del asunto en cuestión.

Permítaseme á mi vez refutar la opinión tan comunmente aceptada allende los mares. Reconozco la justicia de invocar la exageración intercurrente de la desviación casi normal en la evolución de los tumores. No cuesta trabajo idear cómo una torsión de 90° bajo un esfuerzo enérgico, por una caída, por una amplitud mayor de la vejiga ó por cualquiera acción mecánica directa ó indirecta, pueda pasar hasta 180° y hasta 360° como se ha reconocido. Pero declaro que me cuesta trabajo comprender cómo la exageración de una torsión puede verificarse por el solo esfuerzo de los músculos abdominales, por la acción combinada de los órganos intra-abdominales, hasta llegar á producir tres ó cuatro vueltas en el pedículo de un tumor, admirablemente regu-

lares y cómo pueda tener tanta energía para realizar el arrancamiento del útero, enteramente retorcido, como en la célebre observación de WINTER. Si recordamos la formidable resistencia que tiene la matriz en sus fibras musculares, no dejará de extrañarnos, el que bajo el cuadro de la TORSIÓN, puedan ser retorcidas, elongadas enormemente y, por último, arrancadas de su inserción sobre el espesor del cuello.

OLSHAUSSEN, dice que basta un simple reconocimiento para producir una TORSIÓN y esto francamente lo dudaba; pero desde que tuve la oportunidad de operar á una señora con toda urgencia, por peritonitis aguda debida á la explosión de un quiste del ovario durante el reconocimiento de cierto médico, ya acepto más amplias complicaciones de los reconocimientos ginecológicos.

Si el tumor fuera una vejiga ó una masa inertes, unido al cuerpo mediante un conducto también inerte, y la caja que lo contuviera — la pelvis — fuera también inerte, yo comprendo bién que todos los fenómenos que deban conducir á la torsión de aquel tumor deberían buscarse en el resorte exclusivo de las leyes de la materia inerte. Es decir, de la FÍSICA.

Pero como en nuestro caso no pasa así, sino que por el contrario, el continente, el contenido y el medio de unión están dotados de propiedades vitales intensísimas, hay que reconocer que en todo fenómeno que entre ellos se produzca deben intervenir por lo menos dos factores: primero, *el factor mecánico-físico;* segundo, *el factor vital-animado.*

Si las exigencias mecánicas de la acomodación de los tumores, si las acciones mecánicas de los órganos plenos ó vacíos, influyen sobre los tumores para comenzar el proceso, su influencia secundaria creo que se ha exagerado bastante. Desde luego se piensa en la no especificidad de la acción mecánica en las torsiones, con este solo hecho: las pequeñas salpingitis, los pequeños ovarios inflamados, también se tuercen y también matan por TORSIÓN y, sin embargo, no ofrecen superficie útil á la influencia de las presiones.

Es indudable que en los pedículos de los tumores, de los órganos pélvicos ó de las partes de órganos torcidos, se verifican fenómenos violentos vitales. La circulación, no haciéndose ya libremente, comunica parte de su *vis a tergo* al tumor mismo, hay ahí ya un movimiento considerable de desalojamiento, que puede crecer en intensidad á medida que los vasos se dilaten y compriman. Los tejidos mismos cambian de espesor, de consistencia y de resistencia: por una parte hay edemas, hemorragias por las otras y reblandecimientos por muchas. Se establecen comunicaciones anormales y reacciones entre superficies hasta entonces no comunicadas, en fin, la vida celular se manifiesta bajo todas sus formas, intensidades y energías.

No pretendo hacer de la TORSIÓN un fenómeno meramente vital, de reacción ó de resistencia, eliminando por completo el elemento físico ó mecánico. Hay torsiones de tal modo rápidamente mortales, que no hay lugar para pensar en que el organismo haya intentado su defensa. Pero lo que sí, para mí es indudable, es que la acción etiológica es muy complicada y en que entran en juego causas variadísimas, perfectamente clasificables. Estas causas son de dos órdenes: físicas unas, biológicas otras. Las físicas son casi siempre iniciales; las biológicas continúan y terminan el proceso. El útero ó el tumor desviado mecánicamente, sufre en su circulación, es decir, en su nutrición. Se llena de sangre, porque las venas se estrechan y las arterias no sufren; aumenta de peso y cae más hacia adelante; la *vis a tergo*, las presiones abdomi-

nales producidas por el dolor, la presión de los intestinos paralizados por reflejo ó activados por flogosis intercurrentes, todas las causas mecánicas que se quieran invocar obran ahora y exageran aun más la torsión, hasta llegar á la retorsión. Ya los tejidos del pedículo están enteramente trastornados: la infiltración serosa de los capilares venosos los ha puesto edematosos, han cedido sus cohesiones y funcionan activamente sus epitelios superficiales. La presión sanguínea al máximum en el tumor busca salida y tiende á obrar sobre las zonas libres del pedículo, infiltrando con edema ó impulsando con su tensión. Y el pedículo fijo en la pelvis no cede y el tumor móvil comienza á desalojarse en el sentido contrario á las presiones sanguíneas del pedículo. Las reacciones peritoneales, la energía cada vez más creciente de la circulación, van exagerando estos movimientos que pueden prolongarse mientras las arterias del pedículo permanezcan permeables y mientras los tejidos de la implantación reaccionen aún. En el momento en que las arterias, duras y elásticas sucumben bajo la retorsión del pedículo, el movimiento cesa, pero la necrobiosis comienza. Se hacen adherencias entre las diversas vueltas del pediculo; el tumor busca en las circulaciones capilares de los órganos vecinos alimento y vida, y si la sangre llega bien por estas circulaciones colaterales, el tumor resiste y se sostiene aún; si no, si la sangre es escasa para su mole total, la vida acabó y la muerte celular comenzó su labor. Puede suceder que resistencias periféricas ó pediculares opongan una valla al movimiento pausado y lento del tumor, y entonces los fenómenos de la torsión no llegan hasta obstruir las arterias y todo se limita á fenómenos de hipertensión circulatoria que podrán más tarde compensarse y que dejarán huellas de estrangulamientos parciales en el pedículo, como las que han descrito Muller y Gerard, si estas resistencias á la rotación han sido definitivas; pero si han sido temporales, ó han sido vencidas, como por ejemplo, dislocaciones de otros tumores, dislocaciones de adherencias, ú otra cosa, podrá verse continuar nueva sesión de torsión y repetirse ó llegar hasta la conclusión del movimiento, hasta la estrangulación total de las arterias pediculares. Ejemplos, los casos descritos por Chroba y por Veit, que yo así interpreto.

Y esta lesión nutritiva pedicular, esta alteración circulatoria tan intensa, esta reacción vital, por último, tan enérgicamente manifestada, puede alterar los pedículos más resistentes y destruir los órganos más duros. El útero descrito por Winter puede muy bien haber sufrido todos sus accidentes dentro de los límites de mi teoría.

Para reasumir, según mis ideas los fenómenos de torsión, reconocen varios orígenes, cuya acción está íntimamente unida. Estos origenes podrían separarse en teoría, pero clínicamente están tan unidos que no es posible su separación. De aquí que no deba sostenerse que la teoría etiológica del proceso sea mecánica ó exterior, exclusivamente.

Las torsiones pueden presentarse clínicamente bajo dos formas principales: aguda y crónica. En la forma aguda, los signos que dominan son los de peritonitis intensa. Grandes y violentos dolores generalizados al abdomen, náuseas, meteorismo, hipo, pequeñez y frecuencia del pulso y en algunas circunstancias fiebre, aunque más frecuente sea lo contrario. Cuando hay ruptura del tumor ó grandes pérdidas sanguíneas internas, los signos dominantes son los del colapsus.

En las formas crónicas, los signos son menos intensos, el dolor menos vi-

vo, las reacciones peritoneales menos acentuadas y el cuadro en general, aunque grave, menos alarmante.

La muerte en las formas agudas es casi siempre la regla: los fenómenos de auto-intoxicación matan rápidamente á las enfermas. Por excepción, se citan casos de TORSIONES agudas salvados espontáneamente.

La forma crónica es más benigna y las curaciones espontáneas suelen verse aunque con cierta rareza.

En las formas agudas de la torsión, el único tratamiento racional es la laparotomía de urgencia. En las formas crónicas el cirujano se halla autorizado á esperar un poco; pero si los signos peritoneales no ceden, si la intoxicación se sostiene, la abertura final del vientre se impone.

De todos modos es una intervención verificada en muy malas condiciones y el pronóstico operatorio es muy grave.

México, Mayo 16 de 1904.

DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA CONSTIPACION EN LA PRIMERA EDAD.

El conocido terapeuta, Dr. E. Monin, algunos de cuyos artículos hemos hecho conocer á nuestros lectores, publica en el último número de «La Dosimétrie» un pequeño trabajo sobre este punto, que vamos á extractar en pocas palabras, por ser muy frecuentes los casos en que se tropieza con semejante accidente en los niños.

Las complicaciones con que se acompaña la constipación infantil son distintas y de cierta importancia; las que el autor pasa en revista son las siguientes únicamente.

La gravela intestinal, cuyas crisis dolorosas aparecen como cólicos secos violentos, que es preciso no confundir jamás con una crisis de apendicitis. Esta complicación coincide por lo común con los cálculos hepáticos, que el autor juzga frecuentes en la infancia. El vientre aparece en alforja, blando y pastoso: el ciego y el colon contracturados, forman una especie de cuerda y el máximum de sensibilidad se fija al nivel del colon transverso. La ingestión de alimentos malos y de mala calidad, frutos inmaturos, etc., en los niños nerviosos y artríticos trae esta gravela, que se revela por intensos dolores y fenómenos de abatimiento y ansiedad, serios y alarmantes.

Los hemorroides también se observan en los niños constipados que acusan ardores, calor y comezón en el ano y tienen evacuaciones sanguinolentas con aparición del tumorcillo violáceo de la región. Monin aconseja las compresas analgésicas y descongestivas con antipirina, pomadas y supositorios con ratania, y en las mañanas una cucharadita cafetera de las siguientes:

Miel	100 gramos.	
Azufre lavado	15 —	M.

En las comidas, cerveza malteada con una agua alcalina y los gránulos de Hidrastina y de Sulfidral. En los casos en que hay fisura anal, la defecación provoca un enérgico espasmo del esfínter que es preciso combatir por medio de una pomada con belladona en los casos simples, con la cauterización de la fisura ó con la dilatación del ano en los casos rebeldes. Preciso es no confundir los tumores hemorroidales con la caída ó prolapsus del recto: el diagnósco diferencial es bastante fácil.

La enteritis, y sobre todo, la entero-colitis muco-membranosa, es en los niños mucho más rara que en el adulto, y se caracteriza por crisis de diarrea fétida, alternándose con períodos de constipación. En las evacuaciones hay mucosidades espesas, como clara de huevo, la lengua es saburral, blanquizca en el centro y roja en la punta y en los bordes, el niño acusa deseos de ir con frecuencia al excusado y se queja de cólicos violentos. Hay sed, el vientre está meteorizado, el semblante es pálido, los ojos hundidos y con ojeras. Con un tratamiento apropiado las condiciones mejoran pronto, pero si éste no se impone debidamente el organismo se debilita, el enflaquecimiento llega y la depresión aparece como una grave consecuencia. El crecimiento normal y el porvenir constitucional se ven amenazados por la entero-colitis y con frecuencia las apendicitis, las dispepsias graves, los estados neurasténicos rebeldes y aun la tuberculosis en los adolescentes no tienen otro origen que una entero-colitis primitiva y mal atendida. Aun algunas dismenorreas, riñones movibles, ovaritis y metritis pudieran tener igual causa primordial.

El régimen en estos casos debe ser severo. Monin aconseja, con razón, caldos de cereales, huevos pasados por agua, preparaciones con leche, pollo ó pescado blanco hervido, carnes gelatinosas, cremas, frutos cocidos y aun quesos de crema: pan tostado, seco y sin migajón. En caso de gran debilidad, el autor de este artículo recomienda la Confitura de Damasco, que no conocemos, y se compone de pulpa de carnero cruda y jalea de membrillo ó polvo de carne mezclada con espinacas. Como bebida, condena la leche por indigesta y por ser un buen medio de cultivo para los microbios infecciosos, lo mismo que el agua albuminosa y el legendario Cocimiento blanco de Sydenham. Como bebida, prefiere la cerveza negra inglesa con agua mineral bicarbonatada cálcica y ligeramente acidulada, para excitar la diuresis y la copropoiesis, activando y amplificando la tensión sanguínea. En caso de atonía gastro-intestinal marcada, da un cocimiento de cebada ó de arroz (previamente puesto en agua 24 horas para provocar un principio de fermentación diastasada), añadiendo á esta tisana un poco de Schiedam ó de Whysky escocés, como estimulante de la secreción biliar.

La constipación caracteriza á la entero-colitis, y desde el principio es debido remediarla con el Sedlitz Ch. Chanteaud, y en lo sucesivo con los gránulos de calomel y de atropina, uno de cada uno con 3 ó 4 horas de intervalo. El calomel es precioso medicamento infantil, es vermicida, bactericida y antiséptico intestinal dándosele en cualquier vehículo. A dosis refractas restablece progresivamente las funciones normales de las mucosas. La Atropina combate la contracción espasmódica del intestino, que con frecuencia es muy pronunciada y tenaz.

Para sostener la acción laxante y detersiva y curar las erosiones intestinales, recomienda Monin administrar cada tercer noche una lavativa con 125 gramos de aceite de olivas y uno y medio de mentol.—Cataplasmas sobre el

vientre, fricciones de aceite de beleño y baños tibios como sedantes del sistema nervioso y calmantes del dolor.

Si la secreción biliar no reaparece, es preciso dar los gránulos de Salol ó de Salicilato de sosa ó litina. Si hay calculillos ó sangre, prescribe Emetina y Sulfhidral. El Dr. Monin condena en este caso las inyecciones de suero artificial, que en su concepto sólo enervan á los niños sin combatir su debilidad y anemia. Sólo en la tuberculosis intestinal é infarto ganglionar mesentérico admite esté tratamiento.

El niño debe guardar cama, aplicándosele compresas calientes sobre el abdomen, y haciendo una minuciosa *toilette* de los intestinos por medio de grandes lavativas oleosas ó boratadas. Durante 24 horas dieta líquida, caldo de pollo y limonada láctica.

Cada tres horas una cucharada cafetera de:

Agua cloroformada. . . , ...	100 gramos.
Jarabe de narceina . . . . , . .	15 —
Glicerina pura.	10 —
Tintura de boldo.	5 —

Mézclese.

Durante la convalecencia 1 ó 2 gránulos compuestos digestivos de Ch. Chanteaud, cuya fórmula es la siguiente:

Papaina pura. . . . . , ...	2 centigr.
Cuassina amorfa.	5 milig.
Arseniato de estricnina . . . ·	1½ —

Si la diarrea vuelve, Salicilato de bismuto, gránulos de Cotoina ó Acido gálico.

La entero-colitis puede prevenirse evitando los excesos en la alimentación, sobre todo desde el destete. En el niño constipado el hígado se engurgita y congestiona: los riñones á su vez y por decirlo así, se constipan y las consecuencias no son absolutamente halagadoras.

El autor termina citando y recomendando no se pierda jamás de vista el siguiente axioma, cuya importancia es en realidad notoria:

«Casi todas las visceropatías son funciones de coprostasis, así como casi todas las discrasias son funciones de visceropatías.»

Hasta aquí el artículo que hemos reasumido del Dr. Monin. Permítasenos agregar algunas palabras sobre el asunto.

A primera vista, y con sólo la lectura del título del artículo anterior, se comprende la importancia, y sobre todo la extensión del asunto que de una manera rápida aborda el Dr. Monin.

La constipación en efecto, tanto en la infancia como en el adulto, reconoce causas distintas que es preciso conocer bien y clasificar correctamente, para imponer un tratamiento cuyo resultado sea el encarrilamiento de la desviada función intestinal.

No voy por consiguiente á ocuparme de esa complexa y variada etiología que por sí sola daría tema para un largo artículo, sino de un punto que incidentalmente toca el Dr. Monin, cuya terapéutica en realidad satisface. De acuer-

do en general con ella, sólo en detalles de no gran importancia diferimos de su opinión; por ejemplo, en el uso de la atropina y del calomel. Nosotros, tanto para combatir la contracción espasmódica del intestino, como el dolor que siempre la acompaña, y en los niños se manifiesta por el llanto, por el malestar característico y por la flexión de las piernas sobre los muslos y de los muslos sobre el vientre, preferimos y administramos siempre en vez de la Atropina la *Hiosciamina*, que consideramos muy superior á aquella en este caso. Ya en otras ocasiones hemos manifestado que para combatir un estado espasmódico cualquiera, juzgamos insustituíble y de supremo valor la acción de la Hiosciamina. También damos nuestra preferencia en las enteritis al salicilato de bismuto sobre el de sosa ó de litina, porque cumple sin duda mejor su cometido. En todo lo demás estamos de acuerdo con el Dr. Monin, y calificamos de acertadas sus indicaciones y los recursos terapéuticos é higiénicos y dietéticos aconsejados.

Respecto de la alimentación sólo agregaremos, que en ocasiones no es tolerada ni la más sencilla, y hay entonces que recurrir y adoptar «la dieta hídrica,» como entre otros, pero principalmente lo ha demostrado el notable terapeuta alemán Meinert. El Profesor de la Universidad de Berlín, Dr. Heubner al discutir la importantísima cuestion de la dieta en las gastro-enteritis y enteritis en los niños, se manifiesta partidario de los alimentos farináceos, por lo común sin leche. Aconseja diluir una cucharada de la harina en un poco de agua fría, añadir en seguida agua caliente, haciéndola hervir y adicionar la mezcla con un poco de sal, que generalmente es mejor aceptada por los niños que la azúcar. Las harinas lacteadas (de Nestlé, Kufeke, Frericb, Rademan, etc.), pueden aceptarse después, cuando la intolerancia gastro-intestinal es menos y se han dominado las fermentaciones.

Para combatir éstas se recomienda la siguiente fórmula de Widowitz, y que nos parece muy aceptable:

Naftalina pura, de 0.30 centig. á	1 00	gramos.
Mucílago de goma arábiga é infusión de manzanilla.	aa 30 00	—

Aromatícese con menta, agítese y ordénese una cucharadita cada 2 horas.

No obstante la bondad de esta fórmula, nosotros preferimos en la mayoría de los casos, y sobre todo, cuando la reacción de las heces es alcalina y son de color verde (diarrea verde de Hayem), el Acido Láctico, recomendado por el mismo Hayem y por Lepage, que tiene una eficacia indiscutible sobre las fermentaciones intestinales y esas enteritis netamente microbianas de los niños.

Cuando la enteritis ha invadido también el intestino grueso, los lavados amplios con sonda son un excelente auxiliar, y son generalmente prescritos por todos los médicos, haciendo uso de los desinfectantes ó astringentes que á cada uno inspiran mayor confianza.

El ácido bórico, el tanino, el permanganato de potasa, la sal común, el nitrato de plata, el agua oxigenada, etc., son empleados en estos casos secundando su acción local la acción más radical y efectiva del tratamiento interno. Preciso es no olvidar, cuando se recurra á estos lavados rectales, que en su mayor eficacia influye el *modus operandi;* el niño debe colocarse boca abajo, con la pelvis ligeramente levantada, y en esta posición debe hacerse la introducción de la sonda rectal, á la que, durante la irrigación intestinal, deben

imprimírsele movimientos de vaivén para impedir que las mucosidades obstruyan sus aberturas y mecánicamente se interrumpa el lavado y no beneficie toda la superficie enferma. El agua oxigenada es un agente que con mucha frecuencia empleamos nosotros con resultados altamente satisfactorios.

Para terminar, sólo nos resta recomendar, que dominadas estas enterocolitis, enteritis ó gastro-enteritis, se consagre una atención particularísima á la alimentación consecutiva, pues bien conocida es de todos los prácticos la extraordinaria facilidad con que se producen las recaídas y con que estas enfermedades conquistan la cronicidad.

DR E. L. ABOGADO.

EL YODURO DE POTASIO ANTE EL ÁCIDO YODHIDRICO.

R. W. Gardner, el conocido químico de New York, respetable autoridad en fósforo y yodo, estableciendo una comparación acerca del valor relativo del yoduro de potasio y del jarabe de ácido yodhídrico, en términos concisos, dice:

El yoduro de potasio es de tal modo irritante, que nos obliga á interrumpir su empleo; muchas veces en el momento más crítico de una enfermedad y cuando la presencia continua del yodo es indispensable. En tanto que el ácido yodhídrico no es irritante absolutamente, y puede darse aún á los niños pequeños sin que produzca ninguna irritación.

La yodina debe administrarse estando vacío el estómago.

Dado en estas condiciones el yoduro, neutraliza el jugo gástrico, produciendo así la indigestión y la pérdida del apetito. El ácido yodhídrico no produce este efecto. Por esa razón damos el yoduro después de las comidas.

El ácido yodhídrico puede y debe darse antes de los alimentos.

El objeto que nos proponemos al administrar el yoduro de potasio es producir los efectos constitucionales del yodo. Así es que todo el potasio del yoduro nos sirve únicamente como vehículo del yodo, vehículo muy digno de objeciones por los inconvenientes que presenta.

Para obtener con el yoduro de potasio el efecto terapéutico deseado, es necesario darlo á altas dosis; debido á que una gran parte se descompone.

El ácido yodhídrico en cambio, no se descompone, y por lo mismo se absorbe en totalidad, sin causar indigestión, ni pérdida del apetito; en consecuencia, podrá darse con éxito en aquellos casos en que el yoduro de potasio está contraindicado.

Tratamiento del muguet por el empleo simultáneo del agua oxigenada y del borato de potasa.

El conocido médico italiano Meeletti trata con éxito el muguet por la asociación de dos medios que son con mucha frecuencia empleados separadamente contra esta afección, pero sin dar entonces resultados tan satisfactorios. El procedimiento recomendado por nuestro compañero consiste en pincelar rápidamente, con la ayuda de un gran pincel, la mucosa bucal con agua oxigenada, y practicar, inmediatamente después, una pincelación con una solución

de borato de sosa al 5 por 100. Bajo la influencia de esta doble intervención se produce una abundante espuma, debida á la descomposición del peróxido de hidrógeno con formación de oxígeno en estado naciente, que no tarda en ejercer una acción destructiva sobre el *Oidium albicans*.

El Dr. Merletti ha tenido la ocasión de utilizar el procedimiento en cuestión en gran número de casos de muguet, y se ha convencido de que las pincelaciones con el agua oxigenada y borax, repetidas tres veces en las veinticuatro horas, bastan para provocar la curación en el espacio de dos ó tres días, aun cuando se trate de formas muy graves de muguet confluente.

Si el tratamiento se instituye desde el principio de la afección, basta hacer dos ó tres aplicaciones para impedir de una manera completa el desarrollo del hongo.

LA INDEBIDA Y PUNIBLE IMITACION DE MEDICINAS.

Hemos recibido y no tenemos inconveniente en darle cabida á lo siguiente que nos remite la Compañía Química de la Antikamnia:

Recientemente ha llegado á nuestro conocimiento que en esa República se han vendido y se venden, como Tabletas ó pastillas de Antikamnia legítimas, «*Tabletas de Antikamnia*,» por las Droguerías y Farmacias otras pastillas ó Tabletas que llevan impresa la letra «A,» las letras «A. C.,» las letras «qp» y también tabletas sin marca alguna.

Lamentamos sinceramente ese estado de cosas, que lastima la reconocida integridad de Droguistas y Farmacéuticos. El mérito real y la justa popularidad de las «*Tabletas de Antikamnia*» han hecho posible para personas poco delicadas, el expendio fraudulento de pastillas ó tabletas de distintas marcas, en sustitución de las legítimas y verdaderas.

Somos enemigos acérrimos de toda sustitución ó falsificación de medicinas, y por consiguiente, deseamos informar á nuestros lectores y á los consumidores, que las legítimas pastillas ó «*Tabletas de Antikamnia*» llevan siempre el monograma «AK» y estas dos letras se encuentran siempre unidas y nunca separadas. Por consiguiente, todas las tabletas que lleven separadas dichas letras, otras distintas ó distinto monograma, ó ningún distintivo, no son «*Tabletas de Antikamnia*,» y el Droguista ó Farmacéutico que las expende con tal nombre, vende en realidad positivamente «*Tabletas de Antikamnia*» falsificadas.

Conocida, pues, la fraudulenta sustitución de nuestras tabletas, para prevenir la imposición hecha á Médicos y enfermos de productos distintos del solicitado, esperamos que en cada caso de éstos se haga conocer el nombre de la Droguería ó Farmacia que así proceda á *La Compañía Química de la Antikamnia, St. Louis, E. U. A.*

Es interesante para todo Médico el insistir en obtener las únicas «*Tabletas de Antikamnia*» genuinas, porque no puede lograr los mismos resultados satisfactorios por la administración de todas sus imitaciones.

ELECTRICIDAD MÉDICA.

NUEVO TUBO DE FOCO MOVIBLE Y AJUSTABLE.



Fig. 1.

Fig. 2.



Fig. 3.

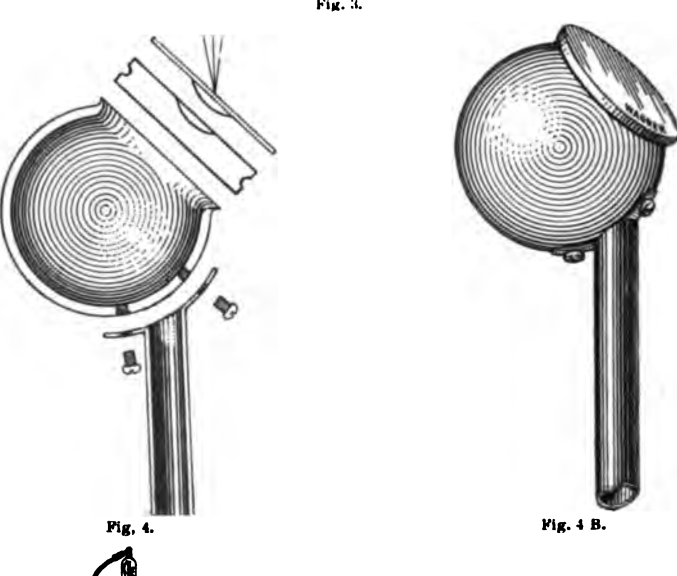


Fig. 4. Fig. 4 B.

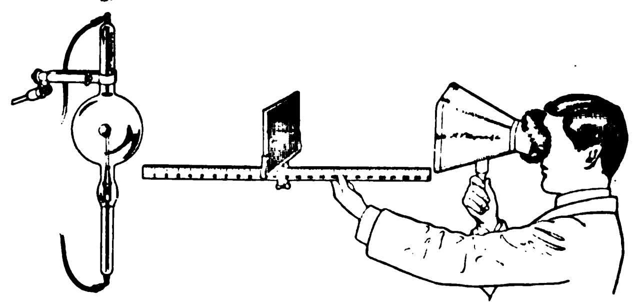


Fig. 5.

SECCION XVIII.

ELECTRICIDAD MÉDICA

UN TUBO DE RAYOS X CON FOCO MOVIBLE.

Si examinamos el contorno de la imagen formada por un manantial de luz de amplia superficie, v. gr.: un pico de gas, veremos que es muy semejante al contorno que se observa en el fluoroscopio ó en una radiografía, cuando los rayos X de que se hace uso provienen de un tubo cuyo ánodo está fuera de foco. Por otra parte; el contorno de la sombra determinada por área pequeña de luz—una lámpara de arco, por ejemplo—no tiene semejanza con la imagen de su contorno en el fluoroscopio ó en una radiografía, sino cuando se emplea un tubo de Crookes cuyo ánodo esté perfectamente afocado.

Los rayos X provienen del bombardeo molecular del aire enrarecido del tubo, contra la superficie del ánodo. Las moléculas del aire enrarecido son rechazadas del disco cóncavo ó cátodo, formando los rayos catódicos ó corriente. Esta corriente catódica, hiriendo la superficie del ánodo ó disco en el centro del tubo, produce los rayos X. Para obtener un buen foco, el ánodo debe estar á una distancia dada del cátodo, justamente como un objeto debe estar á una distancia dada de una lente, para estar en el foco.

En la fabricación de los tubos de Crookes por cualquiera de los métodos usados hasta hoy, era prácticamente imposible dar al ánodo la distancia requerida del cátodo, de manera de obtener un foco preciso, porque el tallo que soporta el ánodo, tenía que fijarse en el tubo por tanteos, cerrándose éste sin previa comprobación, así que cuando el ánodo resultaba defectuoso respecto al foco, era demasiado tarde para remediarlo, siendo para esto necesario hacer un gasto igual al costo de un nuevo tubo. Un microscopio no podría ser afocado por una persona que sin ver á través de él quisiera, procediendo por tanteos, colocar los lentes á la distancia precisa del objeto para que éste quedase en el foco. Más fácil sería esto, sin embargo, que afocar un tubo de Crookes por tanteos, dejando entre el ánodo y el cátodo la distancia necesaria, porque exigiría de parte del obrero una extremada habilidad para marcar en la varilla el punto en que él juzga que deba detenerse; su juicio acerca de este punto preciso no está fundado más que en sus tanteos, supuesto que no puede comprobarse hasta que se haga el vacío en el tubo y se le excite.

La novedad de mi tubo consiste en tener el ánodo montado en una varilla tornillo que puede moverse por acción magnética á través del vidrio, de modo de desalojar el ánodo hacia arriba, hacia abajo ó circularmente, para obtener una precisión absoluta del foco.

La pequeña armadura que la acción magnética no puede zafar del ajuste, detendrá el ánodo en la posición requerida, ya sea en el foco ó fuera de él, según lo necesite el operador para los efectos terapéuticos que busque.

Cuando se usa una chapa metálica para el ánodo, es necesario que quede fuera del foco, pues no podría soportar el peso del bombardeo molecular confinado á un pequeñísimo espacio, como sucede cuando el ánodo está en el foco. El platino es el único metal que puede servir para un ánodo perfectamente afocado, puesto que resiste una alta temperatura, y no se rompe bajo el bom-

bardeo molecular como los metales inferiores, por ejemplo el níquel ó el acero.

El ánodo en mi tubo (fig. 4) está completamente cubierto por una placa de platino cuya parte correspondiente al foco es bastaute gruesa. Esta placa eléctricamente unida al metal que forma el cuerpo del ánodo, podrá soportar un grado inusitado de temperatura y un uso ilimitado aun con el foco exacto.

Con mi método de ajuste magnético del ánodo será posible construir todos los tubos iguales y precisar el foco, tanto después de construído el tubo como cuando se haga funcionar justamente como se afoca un microscopio viendo á través de las lentes, en lugar de proceder por observación á determinar cuál deba ser la distancia entre las lentes.

Para apreciar la gran diferencia en el efecto de los rayos X, debido al afocamiento apropiado de un tubo, puede comprobarse cuidadosamente la exactitud de su resultado, tomando una pantalla de alambre común de 20 agujeros por pulgada lineal (llamada criba de 20 mallas); colóquese el fluoroscopio á 24 pulgadas adelante del tubo y se verá que con un tubo mal afocado, la pantalla tendrá que colocarse muy cerca del fluoroscopio para poder distinguir claramente las mallas. Mientras más cerca sea necesario colocar la pantalla del fluoroscopio, más desafocado estará el tubo; por el contrario, mientras más se pueda alejar la pantalla y que se distingan con claridad las mallas, más agudo será el foco del tubo. Con un tubo perfectamente afocado, los agujeros en una pantalla de 20 mallas permanecerán perfectamente claros cuando menos á 12 pulgadas del fluoroscopio, estando éste á 24 pulgadas del tubo.

Esta prueba tan sencilla, que habilitará á cualquiera á distinguir un tubo bueno de uno malo, deberá considerarse atentamente. En relación con los requisitos de un buen tubo, los que manejan los rayos X convendrán que es más difícil conseguir actualmente un buen tubo que hace pocos años, cuando la competencia en el precio aun no se presentaba, y que dos tubos hechos al parecer exactamente iguales, con el mismo grado de vacuidad y la misma clase de cristal para el bulbo, dan resultados enteramente diferentes debido á la diferencia de foco que impide la precisión en los trabajos radiográficos. El operador encontrará que entre los innumerables tubos fabricados hasta hoy, tan sólo uno hay que produzca un buen resultado, uno que él está deseando adoptar como su tubo preferido.

Chicago, Mayo de 1904.

DR. R.V. WAGNER.

SECCION XX.

LIBRE ALBEDRIO Y DETERMINISMO

A PROPOSITO DE ALGUNAS PREGUNTAS HECHAS AL PERITO MEDICO EN LOS TRIBUNALES PENALES.

Nadie ignora la conmoción que en los últimos años y á nuestra propia vista ha sufrido el Derecho Penal, caso particular del movimiento más amplio con que la noción experimental, sacudió los cimientos de la ciencia.

El pensamiento de Becaria, fruto de la reacción individualista del siglo XVIII, no tocó pacíficamente las postrimerías del siglo XIX; muy humano por

el concepto filantrópico que lo anima y la equidad con que sueña desde el punto de vista de la aplicación penal, ha sido tildado de insuficiente para llenar este último papel, y lo que es más grave, de haber falseado las bases en que debiera apoyarse para establecer un sistema de penalidad bien dirigido, punto verdaderamente práctico de la cuestión. De lo primero tiene, en resumen, la culpa, la ecuación arreglada por uno de los paladines de la Escuela Moderna, según la cual, atendidas todas las circunstancias atenuantes y agravantes, es imposible formular la pena exacta que á cada caso corresponda; de lo segundo son responsables, el transformismo de Darwin, el sistema cosmogónico de Hæckel, el axioma de Lavoisier, y en una frase, todos los estudios que de algún modo han contribuído á hacer patente en el Universo el principio de Causalidad, desde los trabajos de Laplace sobre las nebulosas del cielo, hasta los de Charcot sobre los neuróticos de la Salpêtrière, resultando como final en contra de la escuela clásica la dislocación del libre arbitrio como eje de responsabilidad penal.

A decir verdad, el accidente es más viejo de lo que á primera vista parece; tan enemiga de ese libre arbitrio fué en el siglo VI el principio religioso de la presencia divina, como tiende á serlo en el siglo XX el principio científico de la conservación de la fuerza; el primero llegó hasta el fatalismo mahometano, el segundo nos ha planteado la predeterminación universal, líneas que van á tocarse en un mismo punto de convergencia. En efecto, por la presencia se delegaban todas las actividades en un Dios que está en los cielos; por la predeterminación se colocan en una fuerza creadora y evolutiva que se infiltra en todas las manifestaciones de la vida y de la muerte; y entre este panteísmo y el credo romano de estar Dios en todas partes, por lo menos desde el punto que me ocupan, no creo que haya un milímetro de distancia.

Y sin embargo, hasta el Congreso de 1885 se condensó la revolución cuando la Estadística y la Antropología habían visto la luz y cuando los estudios anatomo-fisiológicos permitieron concepciones del género de las de Benedicto. Pero la iniciación fructuosa en la idea nueva requiere una ilustración especial y previa; ya he dicho que su desarrollo es un caso particular de una mira más vasta, cuyo caso arraiga sus orígenes en una indiscutible complexidad de conocimientos. Ahora bien, entre las personas dedicadas á la corrección penal, la moderna escuela sólo es conocida, por lo general, de un modo demasiado imperfecto, casi únicamente por un concepto incompleto de sus ataques al libre albedrío y por sus intentos, hasta hoy desdichados, en la confección de su tipo criminal. De ahí que, cuando se la recuerda en los tribunales, se la toque no más que por accidente, poniéndola al servicio de las concepciones antiguas, pidiéndole atenuantes que no llegan á valorarse en su justo alcance y al final, suscitándose á cada paso conflictos entre el juez, que pregunta desde un punto de vista, y el médico, que para contestar tiene que colocarse desde otro punto enteramente diverso. Hay que confesarlo, la ciencia nos lleva al determinismo, y estamos en la fase positiva de nuestro desarrollo, cuando los jueces muchas veces no tramontan el período místico del suyo; ¿qué acuerdo va á existir entre el magistrado y el experto en esos momentos psicológicos de la función penal? Hace 30 años, cuando nuestros tribunales funcionaban tranquilamente á la sombra del clasicismo, para valorar un hecho delictuoso le bastaba al juez saber si el autor disponía sanamente de sus facultades, ya mirando la cuestión en lo general, ya circunscribiéndola á un momento determinado; en ambos casos, las preguntas *¿X es un loco ó un cuerdo? ¿X, en el mo-*

mento del suceso estaba en el uso pleno de sus facultades mentales en vista de tales ó cuales circunstancias? en los dos casos caían bajo el dominio de la Patología mental y el perito no tropezaba, para contestar, más que con las dificultades inherentes al asunto médico. Pero sabedor el funcionario legal, juez ó defensor, de que en tono formal y por una escuela seria se ha hablado de seres de conformación moral innata é ineludible, y en cuya virtud la voluntad seguiría una dirección fatal, tratándose de ciertos hechos, suele formular preguntas como la siguiente: *¿El espíritu de X pudo querer en determinado momento una cosa diferente de la que quiso?* Aquí la situación se complica, se introduce al determinismo, casi dándolo por sentado, para sacar luego una conclusión atendiendo al libre albedrío, sin comprender que desde el mismo instante en que se formula la cuestión se personifican en el juez y en el perito dos puntos tan distintos, que es una ilusión nunca realizable querer concordarlos.

Para ser consecuente, el magistrado debiera encerrarse en su clasicismo, cerrando sus puertas y sus ventanas á los fragmentos de frase que puedan llegarle entre los vientos de la resolución, hasta que, consumada ésta, entre de lleno en su periodo práctico. Entrètanto, es imposible que, sacado un asunto del terreno médico é introducido en los dominios de la Psicología y de la Sociología, pueda el médico resolverlo sólo con los recursos de su medicina; es imposible en el momento actual hacer con el determinismo y el libre albedrío lo que vió el siglo VI, cuando, según Frank, marchaba la gracia de brazo con la libertad; imposible realizar un concubinato que no lograron ni Kant con su talento, ni Renouvier con su imaginación.

Oaxaca, Abril 25 de 1904.

RAMÓN PARDO.

SECCIÓN XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

(CONTINÚA.)

«S., de edad de cuarenta y tantos años, de oficio lavandera, hacía tres se« manas que se encontraba en la imposibilidad de trabajar, cuando vino á con« sultarme: 1º, sentía punzadas en la boca del estómago á cada movimiento, « particularmente al levantarse, y *sobre todo, cuando se tropezaba;* 2º, cuando « permanece acostada está bien, pues entonces no siente dolor ni en el costado, « ni en la boca del estómago ni en parte alguna; 3º, no podía dormir más que « hasta *las ocho de la mañana;* 4º, comía con gusto; pero luego que había con« cluído, sentía asqueado el estómago; 5º, se le hacía agua la boca y le escu« rría por los labios; 6º, cada vez que comía, experimentaba náuseas, pero sin « resultado; 7º, esta mujer es de un carácter violento é inclinado á la cólera. « Cuando tenía fuertes dolores, le corría un sudor muy abundante. Las demás « circunstancias eran normales» (pág. 420). «En este caso, añade el autor, la *brionia* estaba indicada; porque aun cuando hay otros remedios que pudieran producir algunos de los síntomas anotados, sólo la brionía los produce todos. En efecto, ella ocasiona punzadas en la boca del estómago, cuando uno *se tropieza* y cuando levanta el brazo; ella permite que los dolores se calmen cuando

está uno acostado, y *no deja dormir más que hasta las ocho de la mañana;* bajo su influencia come uno con gusto, pero luego se asquea el estómago, se hace agua la boca y no tardan en venir bascas sin resultado; en fin, sólo la brionía pone irascible el humor.» (Págs. 420 y 421.)

¡Qué imaginación, Santo Dios! Pero prosigamos en calma. Después de una acción tan matemáticamente idéntica del remedio con la enfermedad, ¿quién se sorprenderá al ver como remate preciso de la observación, que la enferma tomó la formidable dosis de una gota de zumo de brionía, y que al día siguiente estaba buena?

¿Queréis saber cómo los homeópatas han llegado á descubrir las maravillosas virtudes de sus remedios? De un modo muy sencillo. Se da una dosis homeopática de la substancia cuya virtud curativa se trata de conocer, á una persona buena y sana, y que no acostumbre ni café, ni vino, ni licor alguno alcohólico; ó bien la toma uno mismo, si se halla en las condiciones requeridas; después se lleva nota exacta de cuanto cree uno sentir, por insignificante que parezca, y todo queda consignado como efecto de la substancia administrada, en virtud del famoso axioma *post hoc ergo propter hoc.* ¡Como si porque una persona toma unas cuantas gotas de una solución, aun cuando realmente esté dotada de alguna actividad, fuera racional atribuir al medicamento todo cuanto puede después sobrevenir; como si mil otras influencias no obraran sobre la economía animal para dar lugar en ella á multitud de fenómenos que de ordinario pasan sin que en ellos se pare la atención, pero que luego que se fija uno en ellos, la imaginación los abulta, exagera y multiplica de un modo increíble; como si el *mal* ó el *buen humor,*[1] los *sueños lúbricos*, las *tracciones en el músculo biceps*, la *facilidad para lastimar ó prodigar las injurias*, y otras lindezas que los homeópatas atribuyen tan pomposamente á sus heroicos remedios, no fueran cosa que vemos todos los días en individuos que no han tomado ni la platina, ni el carbón, ni otro agente alguno apreciable!

Se requería que los defensores de estos portentos hubiesen hecho multiplicadas y bien conducidas experiencias, en las que toda causa de error y de ilusión se hubiera eliminado; pero esto es precisamente lo que no han hecho, según tendremos ocasión de ver más adelante.

Ya un autor muy célebre, el ilustre Sauvage, había combatido en su «Nosología Metódica,» ese modo absurdo de sacar consecuencias. «Una de los manantiales más fecundos de errores, dice este sabio, es que se toma por causa lo que no lo es; un fenómeno sobreviene después de otro, luego es efecto de éste. ¡Raciocinio tan común como tan lastimoso....! Cuando llegan las golondrinas, reverdecen los árboles; pero de allí no se infiere que ellas sean la causa de esta vegetación, aunque también sea cierto que ésta cesa cuando aquéllas se ausentan.» (Sauvage, «Nosologie Méthod.,» págs. 198 y 199, tomo I, édit. de Lyon, 1772.)

Si, pues, no basta la coincidencia de los fenómenos para decidir que hay entre ellos relación de causa ó efecto, ¿qué diremos de los que desde el fondo de su gabinete se erijan en legisladores de la naturaleza, sin tomarse siquiera la pena de asegurarse de que vienen con frecuencia, ya que no siempre, juntos los fenómenos, entre los que quisieren establecer semejante relación....? Hanhemann toma un día un poco de sulfato de quinina, y cree sentir, ó da en efecto la casualidad de que de hecho siente algo semejante á los síntomas de

1 Véase la pág. 153.

la fiebre intermitente; y he aquí que su ardiente imaginación generaliza este hecho y queda establecido irrevocablemente el principio: *los semejantes se curan con sus semejantes*, aun cuando después se demuestre hasta la evidencia, como lo ha hecho Andral con numerosos é irrefragables experimentos, que ni en altas ni en pequeñas dosis, produce jamás la quinina cosa alguna que se parezca á los *fríos*.

Réstame sólo decir dos palabras sobre la curiosa *etiología*[1] que Hanhemann asigna á las *enfermedades crónicas*. Dejo desde luego pasar sin contradicción, para que no se diga que me paro en pequeñeces, esa absurda distinción fundamental de las enfermedades en *agudas* y en *crónicas*, á pesar de que nadie ignora que la inmensa mayoría, si no todas las enfermedades crónicas, antes de revestir esta forma, han empezado por ser agudas, y entremos desde luego en materia.

Las enfermedades venéreas y la sarna, esas son las dos raíces vivaces que dan origen á la infinita serie de las afecciones crónicas. La *sarna*, sobre todo, inveterada y modificada de mil modos, *es la causa fundamental y verdaderamente productiva de las innumerables formas morbosas*[2] *que, bajo los nombres de debilidad nerviosa, histérica, hipocondría, manía, melancolía, demencia, furor, epilepsia y espasmos de todo género, reblandecimiento de los huesos ó raquitismo, escoliosis y cifosis, carie, cáncer, fungo, hematrides, tejidos accidentales, gota, hemorroides, tiricia, cianosis, hidropesía, gastrorragia, hematuria, metrorragia, asma, supuración de los pulmones, impotencia y esterilidad, jaqueca, sordera, catarata y amaurosis, arenillas, parálisis, abolición de un sentido, dolores de toda especie, etc., etc., figuran en las patologías como otras tantas enfermedades propias, independientes y distintas unas de otras.* (Organum, núm. 80.)

En vano se busca en todo el libro de Hanhemann una sombra siquiera de prueba en favor de esta maravillosa acción proteiforme de la sarna; en vano procura uno encontrar en esa disparatada lista de afecciones inconexas, algún punto de contacto por el cual puedan referirse todas ellas á una sola causa; no se necesita ni haber saludado la Patología para comprender que la *abolición de un sentido*, por ejemplo, no puede depender siempre de una misma causa; que los *dolores de toda especie* reconocen también *toda especie* de orígenes; que la sordera, la catarata, la esterilidad y todas esas afecciones que se encuentran ahí hacinadas, ni más ni menos como en los anuncios de las píldoras de Holloway y otros charlatanes de ese jáez, no tienen nada de común con la sarna. Basta saber que la sarna es producida, como está hoy perfectamente demostrado, por un animalillo casi microscópico de la familia de las arañas, el cual, caminando bajo la epidermis, y enhuecándose en ella especies de galerías, da lugar á la insoportable comezón y á los demás síntomas de esta molestísima enfermedad, y que la muerte de estos bichos, por medio de substancias apropiadas, trae segura y prontamente la curación radical de la enfermedad; basta, repito, tener siquiera noticia de estos hechos, hoy día vulgarísimos, para desechar la ridícula etiología del novador alemán. Pero supongamos por un momento que ella sea exacta, que toda esa larga lista sea en efecto el inventario auténtico de los percances que lega la sarna á nuestra pobre especie; demos por cierto que todos esos males deban ceder á un trata-

1 Causa de las enfermedades.

2 La de haber tomado Hanhemann un poco de sulfato de quinina, y creer que por esto había sentido síntomas de fríos.

miento antipsórico bien dirigido; ¿la Homeopatía tendrá por eso de qué regocijarse? ¿Podrá lisonjearse de curar una sola de esas afecciones siquiera?

No, ni una sola; y antes bien, debiera retirarse confundida, porque tan crecido como es el número de las formas que reviste la sarna, debe también ser el de sus desilusiones en la práctica. Porque á nadie se puede ocultar que una enfermedad simple y reciente, debe ser más fácil de curarse, que la misma cuando es crónica y degenerada. Ahora bien, habiendo la homeopatía mostrádose pública y solemnemente incapaz de curar la sarna legítima, simple y reciente, como veremos más adelante, ¿qué títulos puede alegar para deber ser creída, cuando nos viene impudentemente ofreciendo la curación de todas las terribles formas de esta enfermedad? Convengamos en que ha sido muy poco feliz asignando por origen de tantos males una enfermedad que, por su desgracia, se conoce hoy tan bien, y que la medicina ordinaria, la verdadera medicina, la *Alopatía*, para hablar en lenguage Hanbemanniano, cura hoy radicalmente en el espacio de *dos horas*, y no en el misterio de la práctica privada, sino en los hospitales, á la luz del día y públicamente.

(Continuará.)

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA.

Profiláxis de la blenorragia.—Por Jules Janet.—*(Revue de Thérapeutique Médico-chirurgicale.)*—Ante la creciente frecuencia de la blenorragia, sus peligros y consecuencias temibles para los individuos y sus familias, el autor insiste en la vulgarización de la conclusión á que han llegado todos los sifiliógrafos; en toda prostituta el estado venéreo es el siguiente: *en la prostituta reciente, de tres, por lo menos una, blenorragia activa, sola ó acompañada de sífilis; en la prostituta antigua, en todos los casos, blenorragia latente, siempre contagiosa y sífilis.* Esta vulgarización tendría como consecuencia que las precauciones individuales, *únicas eficaces*, nunca se olvidaran: barniz de grasa en el pene antes del coito; después de él, orinar comprimiendo alternativamente los labios del meato y al mismo tiempo frotándolos; lavar cuidadosamente con jabón la región genital, sobre todo el meato y los pliegues del prepucio y frenillo; después un lavado con solución de bicloruro de mercurio, solución hecha con papel al bicloruro fácil de llevar siempre consigo, y por último, la aplicación del método de Credé, que tan buenos resultados ha dado para la protección de los ojos en los recién nacidos, contra el gonococus materno; método que da resultado aun pasadas cinco horas después del coito sospechoso, como lo han demostrado Franck, de Berlín, y Welander, de Stockolmo, y consiste en inyectarse en la fosa navicular unas gotas de una solución antiséptica, que varía según los autores, prefiriendo la solución de protargol al 20 por 100 que Franck usa, al nitrato de plata al 20 por 100 que recomiendan Haussman, de Berlín, Blokusewski, de Darm, Néisser, etc., ó al bicloruro de mercurio en solución al 1 por 500, como lo recomienda Ullmann, de Viena.

---

meras 30 y terciadas las restantes. Nordentoft refiere á su vez seis casos de lupus, en que, no pudiendo aplicar el método fototerápico de Finsen, empleó la congelación con el cloruro de etilo. Los resultados fueron buenos, aun cuando no cree se llegue á la curación completa.—*(Munchen Med. Wochenschrift.)*

Hansen, basándose en la estadística de los casos publicados en Dinamarca, no considera el método por el cloruro de etilo muy eficaz, pero recomienda no desmayar en su aplicación y perfeccionamiento, por ser un método sencillo, al contrario del de Finsen, que necesita aparatos costosos y poco portátiles.

(Continuará.)

DR. LEOPOLDO E. CALVILLO.

NOTAS.

REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA.

Como dijimos en uno de nuestros anteriores números, esta importante Sección de nuestro periódico, que durante casi todo el año pasado fué suprimida á causa del exceso de material inédito y original que siempre tuvimos en cartera, va á ser de nuevo considerada como una de las secciones preferentes de nuestra publicación, obsequiando así los deseos que nos han manifestado varios de nuestros subscriptores y amigos y los de nosotros mismos, que comprendemos el interés que despierta la labor médica ejecutada en el exterior por muchos y hábiles colegas de laboriosidad y competencia reconocidas.

Con el benévolo auxilio de varios compañeros, entre los cuales contamos á los Dres. Leopoldo E. Calvillo y Eduardo Fritchs, esperamos que esta Sección revista en lo sucesivo un positivo interés, porque la selección de los trabajos cuyo resumen aparecerá en ella, está encomendada á quienes sin duda alguna la harán con toda habilidad y con un recto criterio científico.

LAS JERINGAS DE LUER ÚLTIMAS.

Ponemos á la disposición de nuestros amigos las pocas jeringas para seroterapia, cuya venta á precios de costo, nos fué confiada por un estimable amigo y compañero. Debemos recordar que estas jeringas son de procedencia legítima, y cada una tiene sus dos agujas de platino-iridiado y su estuche niquelado y aséptico. L.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, JULIO 1º DE 1904. NÚM. 7.

GRONIGA MEDIGA MEXIGANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Société Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION VI.

GONOCOCCIA.

Apuntamientos para su estudio.

Pocos médicos habrá que en el curso de su ejercicio profesional no recuerden la poca ó ninguna importancia que en otro tiempo dimos á la gonorrea, cuando siendo consultados para este padecimiento nos limitábamos á señalar al paciente el peligro de la oftalmía y el de la epididimitis; su contagiosidad y rebeldía, etc. Pero viendo los *casos* con la indiferencia con que se ven á diario el chancro blando, la leucorrea y otros de este jaez.

Quizá en el interrogatorio de muchos reumatismos apenas concedíamos importancia al antecedente gonorrea, fijándonos de preferencia en la sífilis.

Y esta lenta evolución de las ideas respecto del agente *gonococo*, no era exclusivamente nuestra. Los bacteriólogos más notables no procedieron con mayor actividad sobre este asunto, y así, desde 1872 en que Haller clasificó al gonococo como especie distinta, pasan 7 años para encontrar la preciosa monografía de Neisser que lo señala en la oftalmía blenorrágica, lo delimita perfectamente bien y hace de él un brillante estudio, que le vale el patronato de la especie. Es hasta 1883 que Petrone lo señala y un año más tarde cuando Kammerer lo confirma en las artritis blenorrágicas. Después, en 1896, Macaigne y Vanvertz lo acusan como agente de la epididimitis, y hasta 1898 demuestran Gohon y Schlagenhaufer que es capaz de producir una verdadera infección general gonocóccica.

Desde entonces la atención se ha dirigido á prevenir de una manera más precisa y científica las terribles consecuencias de esa pequeña infección, tan vulgar y tan fácilmente transmisible.

He aquí algunos casos de los que en mi obscura y reducida práctica he podido observar, siendo uno de ellos objeto preferente de estas líneas.

En 1902, F. . . ., empleado en las bodegas del Ferrocarril Nacional Mexicano, me consultó sobre una tumoración que le había aparecido sobre el dorso del puño, citándome entre los antecedentes una purgación de que acababa de ser curado. Ningunos antecedentes hereditarios, ni propios, de reumatismo ó sífilis. F. . . . . creía que había sufrido un dislocamiento de los huesos del puño.

En la cara dorsal de la articulación radiocarpiana aparecía un tumor, frío, sin cambio de coloración de la piel, resistente pero no duro, y muy doloroso. Ninguna otra articulación se presentaba atacada; y los testes ninguna señal daban de exagerada sensibilidad.

Como en otros casos había observado metastasis semejantes del proceso gonocóccico, recogí orina de las primeras horas de la mañana para examinarla al microscopio. Mi tarea fué muy fácil, pues hallé pronto el micrococo buscado y pude clasificarlo coloreándolo por el método de Gram, cerciorándome además de que poseía los otros caracteres: ser asimétricas las unidades, existir en abundancia dentro de los glóbulos de pus, y formar colonias grises en la gelatina gelosada, etc., etc.

Estaba, pues, en presencia de una artritis de origen gonocóccico. Pero mi sujeto se impacientó, no hallando la salud en el breve espacio que él la deseaba y se marchó á Colima.

Entretanto, de la misma casa donde el anterior sujeto vivía, me llamaron para ver á una niña que sufría de un reuma semejante, en un tobillo. Esta niña era hija de la amasia de F. . . ., y, dada la clase social á que pertenecía el grupo, la niña estaba en contacto inmediato con objetos que pertenecían á F. . . .

Desde luego investigué si había habido transmisión de la enfermedad; pero la madre se indignó en cuanto le expuse mis ideas, sosteniendo que ni su amasio ni la niña podían estar enfermos de lo que yo suponía, y se negaron á que la siguiera atendiendo.

La niña tenía entonces 5 á 6 años, y hace 2 meses (Febrero de 1904), que en peor estado la trajo la madre á mi Consultorio, rogándome que la atendiera.

La niña, de 8 años ahora, se presenta poco desarrollada en estatura, pero no flaca. En el color moreno de su raza resalta la anémica palidez, que da á su piel un tinte de cera sucia. Existen deformaciones artríticas en el cuello del pie derecho, en la rodilla del mismo lado, en el puño izquierdo y codo derecho. Ninguna afección vaginal tiene ni ha tenido. Hay dos ulceraciones superficiales en la cara externa de la pierna, al nivel del tercio medio y cerca de la rodilla del miembro derecho. Estas ulceraciones tienen el aspecto de las aquí muy comunes de origen eczematoso y que aparecieron en la niña hace un año.

Al examen microscópico de la sangre hallo exagerada la proporción de leucocitos, predominando las células eosinófilas. Hay hematozoarios endoglobulares del paludismo, y creo ver pequeños cocos de lento movimiento. No he podido ver los gonococos que sospecho existen.

En el examen del pus de las ulceraciones hay estafilococos, diplococos y gonococos. Estos se distinguen de sus congéneres, porque se decoloran tratándolos por el Gram, y sus unidades son asimétricas consigo mismas, encontrándolos además en el interior de los glóbulos de pus.

El día 17 de Abril siembro sangre y linfa tomada por punción aspiratriz de una de las tumoraciones. El medio elegido fué la gelatina ácida mezclada con mi sangre, y gelosa mezclada con orina albuminosa, convenientemente esterilizada. Estas siembras fueron libremente abandonadas á la temperatura ambiente del Laboratorio: desde 31° hasta 23° C.

Hasta el día 19 no pude precisar la forma de las tres más avanzadas colonias, en la gelatina donde había puesto linfa. Eran estas de forma oval, de zonas concéntricas cuya densidad aumentaba del centro á la periferia; de color grisáceo y elevándose ligeramente sobre el nivel del resto de la gelatina en la Caja de Petri. Al inclinar éste se nota que están blandas y obedece su masa á la pesantez. La siembra de sangre pura en este medio no prosperó.

En la gelosa las colonias son más tardías y tienen la forma de botoncitos de un blanco sucio amarillento, y parecen formadas de granulaciones finas.

Al microscopio me extrañó hallar en unas y otras colonias, los pares pequeñísimos; pero con el objetivo $^{1}/_{12}$, de inm. hom, y el ocular 2 pude comprobar que eran verdaderos gonococos. La coloración por el Gram lo confirmó.

Había además cocos separados y al parecer perfectamente esféricos; creo que son los mismos gonococos modificados por el medio de cultivo, pues las colonias eran isomorfas y no podían abrigar dos especies. Además tenían iguales afinidades de coloración.

Tenía pues un caso confirmado de *gonococcia*. Pero la invasión ¿se había limitado á las articulaciones ó estaba generalizada á la sangre?

Desde luego, prescindiendo de la estéril siembra de la sangre, la falta de fenómenos generales, cerebrales, renales, etc., me inclinaban á juzgarla localizada. La anemia era cierta, pero debido al impaludismo, lo mismo que los accesos febriles, que pronto se modificaron con las sales de quinina.

La madre convino conmigo en ayudarme á curarla—concesión más difícil de obtener de lo que se piensa—y así creí poder repetir mis exámenes y ver á la niña á mi voluntad.

El 20 de Abril la niña había sufrido síncopes que, atribuídos al medicamento—salicilato de metilo—me fueron al principio ocultados; pero el 21 hallé á la niña en estado soporoso, la piel era fría y cubierta de abundante sudor. La lengua estaba seca y cubierta de una capa gris de contornos rojizos; la conjuntiva tenía un color azul pálido, y la pupila estaba dilatada. La respiración era lenta y la voz apagada y ronca. Temperatura 36°7' C. en la axila.

Prescribo un purgante, aplico una inyección hipodérmica de nitroglicerina, y ordeno fricciones con paños calientes, y poner botellas de agua caliente en el lecho de la enfermita. Más tarde inyección de clorhidrosulfato de quinina con brucina, y por la boca, gránulos de sulfhidral, no habiendo consentido en la inyección de suero la madre de la niña.

24 horas después el estado general ha mejorado, y al cabo de 4 días consigo conjurar el peligro. ¡Qué magnífica oportunidad para el examen microscópico de la sangre! Pero fué imposible conseguir de la madre que me permitiera tomar una sola gota. Y estuve á punto de abandonar á mi cliente que se curaba á mi costa y no me dejaba estudiarlo. Pero quería experimentar si el salicilato de metilo, por un remoto y extraño acumulamiento, había producido aquel estado, ó en caso contrario, asegurarme por indirecto modo de que el gonococo era el agente de aquella intoxicación.

Prudentemente volví al salicilato de metilo, que era y había sido siempre producto de la conocida casa Parke Davis y C^a^ y químicamente puro.

La niña llegó á tomar 20 gotas en las 24 horas sin experimentar más que una ligera excitación.

La gonococcia estaba confirmada. El cuadro que acababa de presenciar no era la manifestación del envenenamiento por la acumulación del salicilato de metilo, por mil razones, siendo en mi concepto la más poderosa que el riñón continuaba permeable y la orina era excretada en proporción fisiológica, sin traer consigo elementos anatómicos que acusaran el ataque del ácido salicílico al riñón. Por lo demás, la dosis de 10 gotas (40 cgs. aproximadamente) como máximum en 24 horas y en el espacio de 6 días, hubiera alejado de mi mente toda preocupación, aun sin la prueba á que le sujeté después, llegando á administrarle hasta el doble, 20 gotas.

La enfermita avanza muy poco en su curación debido á la inconstancia con que la madre administra los medicamentos (tratamiento mixto: específico (?) y reconstituyente). Pero estoy seguro de que á no intervenir otros factores que la priven de la vida, curará al fin, pues las ulceraciones cicatrizaron, y las deformaciones artríticas ceden, disminuyendo de volumen.

* * *

El médico debe ser severo y explícito al aconsejar á clientes que lleven este padecimiento, señalándoles todos y cada uno de los peligros que para ellos y para las personas que los rodean, puede traer consigo el descuido y la indiferencia con que manejan los lienzos contaminados. Y debe advertirles que no hay curación segura de la gonorrea sino cuando después de un tratamiento largo tiempo continuado el microscopio no revela la presencia de los gonococos. Pero en caso de no tener tal instrumento á mano, el paciente deberá tratar su padecimiento durante un año á intervalos no mayores de un mes.

Lo sensible de este microbio al calor, pereciendo á 55°, hace relativamente fácil su curación si se tiene la constancia de aplicar duchas de solución de permanganato de potasa al 1 por 5,000 y á 45° C. de temperatura durante 6 á 10 minutos, tomando al interior el salicilato de metilo á dosis de 20 gotas por día, en adecuada emulsión.

Pensemos nada más en esas terribles oftalmías que fácilmente privan de la vista, del órgano más importante, al imprudente que no teme la gonorrea sino por el dolor que le produce ó la vergüenza que le causa su adquisición. Y defendamos á la familia, á esas víctimas muchas veces del mal interpretado secreto médico. Seamos francos dentro de los límites del secreto profesional, que muy bien puede señalarse el peligro sin entrar en detalles acerca de su nombre y origen.

Manzanillo, Junio de 1900.

J. F. ROMERO.

SECCIÓN XI.

FRAGMENTO DE UN LIBRO DE CLINICA QUIRURGICA ABDOMINAL.

CONTUSIONES DEL ABDOMEN.

Colocándonos bajo el punto de vista etiológico, es en extremo difícil poder trazar un cuadro completo de todas las variedades relativas al modo como puede ser el abdomen contundido.

Sin embargo, entre la diversidad de los hechos clínicos, parecen destacarse dos modalidades especiales que comprenden cada una múltiples formas. Constituyen estas modalidades las lesiones producidas por la percusión, y las lesiones producidas por la compresión.

En el primer grupo, en la modalidad de lesiones producidas por la percusión, se pueden estudiar tres nuevas variantes, que son:

1º El agente contundente se halla animado de cierta velocidad y el individuo contundido se halla de pie y su cuerpo sin apoyo directo.

2º El agente contundente se halla animado de velocidad y el individuo se halla reposando sobre un plano resistente; y

3º El agente contundente se halla inmóvil y el cuerpo del individuo viene á chocar contra él, animado de cierta velocidad.

La primera forma de contusiones abdominales, es la más frecuente y en ella se destacan de un modo acentuado las producidas por patadas de caballos, por golpes con piedra, con palos, y aún con el puño ó el pie del hombre.

En Cirugía de Guerra, se ha observado, al decir de Larrey. de Otis, de Lagouset y de algunos otros cirujanos militares, la contusión grave del abdomen por medio de proyectiles redondeados ó por los fragmentos de granadas al estallar, que hieren en el vientre sin poseer la fuerza suficiente para dividir la pared tegumentosa del vientre. Es de suponerse que en la actualidad esta forma de contusiones del vientre sea mas rara aún, y que en las nuevas estadísticas de las lesiones de guerra, ahora que la melinita reemplaza la antigua carga de pólvora, en los proyectiles explosivos, sean casi desconocidos los traumatismos de los órganos abdominales profundos, sin lesión de la pared.

La segunda forma se realiza en los derrumbes, en las explosiones de minas, cuando una piedra ú otro cuerpo redondeado y duro, animado de gran velocidad, hiere en el vientre á un individuo que apoya su espalda sobre una pared, un árbol, una roca, el suelo, etc., etc.

Las lesiones abdominales internas son entonces de mucha mayor importancia y su existencia es mucho más probable, en los casos que á primera vista parecerían dudosos.

Por último, la tercera forma está constituída por aquellos casos desgraciadamente frecuentes, en los que es el cuerpo mismo, el que movido por una gran velocidad, representa el agente activo de la contusión. *Lsuthrié* ha contado la historia de un niño que proyectado en el aire fué recibido por su padre sobre las extremidades de sus dos pulgares extendidos: sucumbió á una ruptura del intestino delgado: X. . . . . dió á conocer el caso de un jardinero que cayó sobre el vientre, chocando contra la extremidad angular de uno de esos pequeños arcos de hierro con que limitan los prados en los jardines y yo conozco el caso de un albañil, desprendido de unos andamios elevados, que chocando con el vientre sobre una saliente de un balcón, se causó por ello la

muerte; y el de un ranchero que arrojado por un bote inesperado de su caballo, cayó sobre una estaca sólidamente clavada en el suelo, y que sucumbió, después de signos graves de shock inmediatamente, varios años más tarde como consecuencia de un enorme carcinoma del gran epiplón.

Las lesiones abdominales producidas por la compresión, reconocen casi siempre como origen el paso de un cuerpo pesado sobre el vientre de un individuo arrojado á tierra. Por excepción conozco el caso de un artillero cuyo vientre fué comprimido entre una pared y el cuerpo de un cañón que era sacado violentamente al través de un estrecho corredor: este hombre curó sin intervención.

Casi siempre estas lesiones—que en rigor pueden considerarse como de orden distinto de las verdaderas contusiones del abdomen—son producidas por el paso de las ruedas de un carro sobre el cuerpo de la víctima. En una estadística de *Chavasse*, aparecida en los «Archivos de Medicina, Cirugía y Farmacia Militares,» tom. IV, págs. 15, 54 y 95, año de 1884, sobre 149 casos, 23 reconocieron esta etiología.

A las formas descritas ya de contusiones abdominales, algunos autores agregan como una variante excepcional, las rupturas intestinales, causadas por la contracción brusca y enérgica de los músculos abdominales. Opinando con *Duplay*, se puede declarar, por lo menos, dudosa esta posibilidad, tratándose del intestino sano: de otro modo sería en los casos en que el intestino está ya alterado en su nutrición, como sucede en ciertos neoplasmas, en muchas ulceraciones y en no pocas distensiones.

Pero en fin, sea de un modo ó de otro, como se haya producido la contusión, sea un dragón que cae pateado por su caballo, ya un albañil que se precipita de una altura abajo, ó bien un transeunte que cae bajo las ruedas de un carruaje que le pasa por el vientre, el hecho es que hay una víctima, que un hombre ha sufrido una contusión en el abdomen y que la gente que le rodea busca y le trae un médico instantes después de verificado el accidente.

Este médico encuentra un individuo tendido en tierra casi siempre, otras veces medio incorporado y apoyado en dos ó tres curiosos solícitos, en una piedra, en una pared, etc. Este individuo se halla contraído, pálido, lívido, con las facciones hundidas; la mirada ansiosa, denotando un sufrimiento intenso; la respiración entrecortada, superficial y difícil; la voz apagada y temblorosa, la piel seca ó cubierta de un sudor espeso y frío; el vientre contraído y muy doloroso, presentando ó no huellas violáceas que denuncian el golpe recibido, y para terminar la situación, un pulso pequeño, regular y frecuente.

Suele suceder que algunas veces el herido pierda el conocimiento y que sólo pequeñas ondulaciones respiratorias y oscuros y profundos latidos del corazón, denuncien que en ese cuerpo inerte hay aún destellos de vida. Así sucedió con el que esto escribe cuando sus amigos Luis Martínez, Andrés Castro, Alejandro Ross y algunos otros, lo levantaron de las barrancas del lomerío de San Gabriel, una madrugada del mes de Diciembre de 1893, donde había sido precipitado por una violenta coz que había recibido de su caballo, en el vientre.

¿Ante tal situación qué debe el médico hacer desde luego?

Antes que nada, procurará combatir los signos de urgencia, es decir, el *shock*.

Desabotonará ó cortará cuidadosamente la ropa del herido, á fin de facilitar los movimientos respiratorios, que actualmente son meramente torácicos,

debido á la contractura violenta y permanente del diafragma. Acostará al individuo cuidando que su cabeza quede más baja que el cuerpo; friccionará enérgicamente los brazos y piernas á fin de volverles el calor que han perdido, restableciendo la circulación languideciente y cubrirá el cuerpo después, con abrigos de lana, calentados previamente. Si ese médico trae en el bolsillo su jeringa de inyecciones hipodérmicas y en su portamonedas un tubo de pastillas de estricnina—costumbre muy digna de aplauso—sin vacilación practicará al lesionado una inyección de cuatro ó cinco miligramos de estricnina ó más, si necesario fuere.

Nunca es tarde para hacerse traer de la farmacia más próxima una buena solución de cafeína y suero artificial en abundancia é inyectar de ambas cosas con generosidad.

Si no hay en las cercanías del suceso farmacia ó almacén de drogas alguno, que el médico se haga dar agua muy limpia, que calcule un litro aproximadamente, y poniéndola una buena cucharada de sal marina, la haga hervir violentamente por espacio de diez ó quince minutos. Para las necesidades urgentes del caso, ya tiene un suero del que no deberá mostrarse muy exigente: caliente aún, que le inyecte 300 ó 500 gramos á su herido.

Los efectos saludables de la inyección no se harán esperar mucho y habrá improvisado con éxito un magnífico recurso para levantar los sistemas nervioso y vascular, aturdidos aun por la fuerte conmoción que sufrieran en sus zonas abdominales.

Procúrese evitar, sobre todo, la administración de cognac, vino ú otro líquido alcohólico por la vía gástrica, como es costumbre vulgar en casos de postración ó colapsus post-traumáticos: si después del accidente el herido ha tenido vómitos sanguinolentos, esta proscripción de bebidas será absoluta. En estos casos son muy probables las desgarraduras estomacales ó duodenales.

Suele suceder que durante este período de shock, el paciente sucumba á los progresos de la adinamia y el colapsus, reconociendo entonces la muerte casi siempre un origen vascular. Se ha verificado una violenta hemorragia interna, por ruptura de alguno de los gruesos vasos del vientre, aorta, venas cava, porta, esplénica, renal ó mesaraica. La muerte por reflejo cardiaco inhibitorio es casi siempre fulminante, el corazón se paraliza en diástole. Reflejo de Isoltz.

Pero por fortuna, es más frecuente lo contrario; los fenómenos del shock van disipándose lentamente y al período inicial de postración sucede otro de reanimación y de calma. El estado general del herido se mejora, la respiración se profundiza y amplia un poco, las facciones pierden algo de su cadavérico aspecto, y en algunas ocasiones el individuo se siente tan repuesto que se levanta, camina y aun corre grandes distancias, llevando enormes lesiones en el interior de su vientre, como sucedió en el caso que refiero, como cuenta Poland y como dice Morty en la Revista de Cirugía francesa, año de 1890, núm. 11, pág. 878.

Este período de reacción es el momento oportuno para hacer trasportar al herido á su domicilio ó mejor aun, á la sala de operaciones de una Quinta de Salud ó de un Hospital. Nadie sabe lo que ha sucedido ni lo que sucederá en ese vientre, del que únicamente se puede saber que tiene ó no, huellas equimóticas en su exterior, que están muy contraídas sus paredes y que duele con alguna intensidad.

El médico conducirá personalmente al herido á su destino: no debe, no

puede abandonarle, pues que durante las primeras horas que van á transcurrir se irán presentando los signos que normalizarán el tratamiento futuro, que precisarán las indicaciones y delinearán el pronóstico de la lesión.

Durante este periodo que podríamos llamar de observación, el médico tiene tiempo de reflexionar sobre las circunstancias de su herido y sobre las vicisitudes del accidente, sobre el diagnóstico y pronóstico de las lesiones verificadas y sobre el plan general de su tratamiento.

Desde luego, si este médico es un poco observador, notará que casi siempre las contusiones del vientre se observan en los hombres y particularmente en los hombres vigorosos y jóvenes: no le habrá extrañado, en efecto, que el hecho que acaba de observar se hubiese verificado en un hombre como de 30 ó 40 años, que la profesión ú oficio de este haya sido de aquellos que para vivir obligan á exponerse con frecuencia á la muerte. Por el contrario le llamaría la atención que este accidente se hubiese verificado en una mujer, en un anciano ó en un niño.

El herido mismo ó lo que es más frecuente, los testigos presenciales del caso, le reproducirán con los más vivos colores la realización de la desgracia sucedida á ese infeliz. Por esta especie de reconstrucción del hecho, podrá calcular la dirección de la fuerza vulnerante y juzgar si el golpe fué perpendicular, oblicuo ó paralelo, á la normal dirección de las paredes del vientre; el lugar más ó menos preciso del choque, hipocondrios, epigastrio, flancos, etc., etc.; la actitud del herido en el momento del choque; sus circunstancias individuales anteriores; la forma, naturaleza y fuerza del agente vulnerante; el estado de vacuidad ó plenitud de sus órganos abdominales, etc., etc., etc. De los datos que en estas pesquisas obtenga, va á depender la facilidad ó dificultad de su diagnóstico *a posteriori*.

Llegó el momento en que el médico en cuestión ha obtenido todos los más datos que le han podido facilitar y debe proceder al estudio de estas contusiones. ¿Qué clase de lesiones tiene ese individuo que espera su decisión? ¿qué contestará á esa familia asustada, que llena de ansiedad le preguntará si el estado del herido es leve, grave ó mortal?

Para resolver estas cuestiones no tiene más elementos que lo que ha visto, una escena de shock más ó menos intenso, producida por una contusión abdominal. ¿Este shock ha sido meramente nervioso ó reconoce una hemorragia interna como origen? El desvanecimiento fué intenso, la postración grave; pero él vió al herido reponerse lentamente y recuperar sus principales funciones biósicas; lo vió casi restablecido. Lo probable es que aquellos fenómenos de shock hayan reconocido un origen cerebro-espinal. Si hubiera habido hemorragia interna, la marcha de los fenómenos habría sido de otra manera grave: el colapsus habría tenido tendencias á aumentar, el pulso no se levantaría, la respiración se habría hecho más y más frecuente; el enfriamiento del herido persistiría; se acentuaría un tumor epigástrico si la hemorragia se hiciese en la retro-cavidad de los epiplones; habría habido hematemesis, hematurias, ó deyecciones sanguíneas, si un derrame hemorrágico se hubiese verificado en el estómago, la vejiga ó el intestino grueso, y sin embargo, nada de esto ha sucedido.

Le han contado un cúmulo de cosas, de las que ha podido obtener datos respecto á la verificación del traumatismo ¿pero estos datos le pueden inspirar confianza alguna?

Desgraciadamente no; cometería un error de funestas consecuencias si

creyese que la intensidad del choque está en razón directa con la intensidad del traumatismo, habitualmente. Desde luego, la resistencia de las paredes abdominales no es igual en todos los individuos: es susceptible de variación según la edad, la fuerza muscular, la cantidad de tejido grasoso, etc., etc. Y aun sobre el mismo individuo puede variar según el estado de contractilidad ó relajamiento de los músculos anteriores; según la inspiración ó la expiración, etc., etc. Se comprende la imposibilidad que hay en la práctica para poder calcular con exactitud la defensa que las paredes musculares hayan podido ofrecer al choque, en un caso determinado. Sin embargo, en algunos casos el médico podrá juzgar con más acierto, tales son aquellos en los que la fuerza contundente es tan grande que no sea fácil encuentre resistencia en la contracción de las paredes, ó en aquellos otros en los que no se deba contar con esta contracción, como en los casos de heridos ebrios, dormidos ó distraídos, ó en los que el lesionado asegure muy favorablemente no haber estado haciendo ningún esfuerzo en el momento del suceso.

Por otra parte, la fragilidad de las vísceras abdominales varía no solamente de un órgano á otro, sino aun en el mismo órgano, según las variadas circunstancias anatómicas, histológicas y fisiológicas ó patológicas, en que puede hallarse de un momento á otro. Una víscera hueca, como el estómago, la vejiga ó la vesícula hepática, resiste menos que un órgano sólido, como por ejemplo el pancreas. Estos mismos órganos huecos resisten más á los choques en estado de vacuidad que de plenitud. Ciertas vísceras luxadas ó desviadas y sólidamente fijas por medio de fuertes adherencias anómalas, se pueden encontrar menos bien defendidas contra las agresiones exteriores que en las circunstancias de colocación y movilidad que le son fisiológicas.

Tampoco puede dársele importancia formal á la influencia de la dirección de la fuerza contundente, sobre los efectos profundos de la contusión; sin embargo, perpendicular tendría más probabilidades de causar lesiones en las vísceras, que oblicua ó paralela, pues en estos casos las lesiones tendrían más tendencia para localizarse en la pared abdominal, causando desgarraduras y deslizamientos entre las capas que constituyen sus diferentes planos.

Preciso es aceptar que los conmemorativos no tienen en el estudio de las contusiones del vientre, la importancia que les es peculiar en el resto de la Clínica general.

Por otra parte, la evolución de las contusiones del vientre es de tal modo variada, tan susceptible de transformaciones y de bruscos cambios, que pretender clasificarlas en el período inicial en que aun nos encontramos, sería una ligereza peligrosa.

Hay casos medios que más ó menos pronto se declaran resueltamente benignos. Hay casos medios que parecen agravarse de un modo más y más acentuado y que repentinamente terminan por la curación. Hay casos medios que cuando van evolucionando con aparente benignidad, sin prodromos de ninguna especie, adquieren caracteres de alta gravedad. Hay casos graves al principio, en los que la mejoría se manifiesta más ó menos tarde y se sostiene hasta la curación final. Hay casos graves, cuya gravedad se acentúa más y más, hasta terminar con la muerte; y hay casos rápida ó inmediatamente mortales.

¿Pero estos casos son claros y definidos en la práctica? ¿es factible la clasificación pronóstica en las contusiones del vientre, de casos leves, graves y mortales?

Indudablemente no.

El médico interpelado en este punto, debe ser en sus palabras sumamente reservado y su respuesta casi siempre debe ser ésta: *Esperemos.*

Hay, sin embargo, dos hechos bien adquiridos de la clínica, que son:

Toda contusión del vientre que no se acompañe de lesiones viscerales profundas, cura espontáneamente.

Toda contusión que se acompañe de lesiones viscerales profundas, abandonada á sí misma, causa irremisiblemente la muerte.

¿Pero cómo hacer ese diagnóstico? ¿cómo calcular los efectos desconocidos de una fuerza desconocida, en un vientre cuya resistencia é integridad primitiva son también desconocidas?

Recuerdo que una vez leyendo las actas del Congreso francés de 1895 y 1897, encontré propuesto por *Luisnard*, un medio de exploración, que según su autor, sería aplicable á casi todos los casos de contusiones del abdomen. Este cirujano propone hacer una pequeña incisión exploradora del peritoneo, es decir, una abertura del vientre sobre la línea media, especie de laparotomía de tres centímetros de extensión, que permitiría dar salida á los líquidos contenidos en el peritoneo y á la demostración visible y tangible de los productos extraños derramados en su cavidad: sangre, orina, materias fecales, etc.

Este recurso de *Luisnard*, es sencillamente *laparotomia exploradora de urgencia,* que por la diminuta extensión que el autor la da, pierde sus ventajas, se hace difícil en sus enseñanzas, y no gana nada en inocuidad.

¿Pero á excepción de *Luisnard* se conoce algún otro autor que haya encomiado la abertura inmediata, precoz y sistemática del vientre, en todos los casos de contusiones abdominales?

Ni el mismo *Luisnard*, ni su imitador Malmejac, se atreverían á contestar constantemente por la afirmativa.

En resumen, ni las meditaciones y el criterio personal del médico tratante, ni los productos teóricos ó prácticos que hubiere obtenido si leyere los trabajos de *Chauveau*, que escribió sobre las lesiones traumáticas del tubo digestivo sin lesión de las paredes; si hubiera meditado sobre las estadísticas de *Thomas Morton*, publicadas el 6 de Julio de 1889, en el Medical Record, las del cirujano de Calcuta *Coull Mackenzie*, publicadas en la *Indian Medical Gazette*, año de 1889; las del cirujano militar *Moty*, aparecida en el núm. 11 de la *Revista de Cirugía*, año 1890; ó hubiese estudiado bien las comunicaciones y reflexiones de *Labbi*, publicadas en 1892; las de *Wasilieff*, de Varsovia, conocida en la Revista de Cirugía en 1891, la memoria de *Nimier*, impresa en los archivos de Medicina y Farmacia Militares, año de 1893; las comunicaciones de los Dres. *Vautrin* y *Feverér* á la Academia de Medicina de Nancy, en 1894; la comunicación de *Michaux*, presentada á la Sociedad de Cirugía francesa, durante la sesión del 20 de Marzo de 1895, que provocó tan interesante cuanto provechosa discusión entre los Sres. *Delorme*, *Ouerno*, *Chaput*, *Routier*, *Kirmisson*, *Reynier* y *Reclus*, y que fué publicada en los Boletines de la Sociedad de Cirugía, año de 1895, págs. 200 á 262; ó leído con atención los trabajos de *Demons* de *Bordeaux;* de *Le Dentu*, de *París;* de *Morty*, de *Lille;* de *Tachard*, de *Nantes;* de *Tedenat*, de *Montpellier;* de *Doyen*, de *París;* de *Fevuer* de *Naney;* de *Nimier*, de *París*; de *Luisnard*, de *París* y de *Bioblanc*, de *Lyon*, que tan aplaudidos fueron en el Congreso Francés de Cirugía, verificado en París, durante los días 18 al 23 de Octubre de 1897, que fueron publicadas por la Semana Médica, págs. 377 á 402, año de 1897; ó los trabajos de *Chauvel*, *Hartmann*, de Po-

therat, de *Delorme*, de *Joannesco*, y de otros varios cirujanos europeos distinguidos, que se publicaron en la Semana Médica, durante el año de 1898, págs. 424, 446 y 454; ó por último, si conociera las ideas de *Lejars*, asentadas en su cirugía de urgencia, año de 1899, pág. 189, le permitirían con todo su gran caudal de erudición formarse un juicio cabal y cierto del diagnóstico y pronóstico precoces de las contusiones del vientre consideradas en casos determinados.

Sería, pues, infructuoso, que ampliara su estudio leyendo los escritos de *Beck*, 1881; *Magnier*, 1883; *Inschaupé*, 1877; *Krauer*, 1888; *Magnier*, 1883; *Gendron*, 1882; *Steohl*, 1848; *Macewen*, 1872 á 1875; *Bouilly*, 1883; *Croft*, 1890; ó de los cirujanos americanos *Barker*, *Godler*, *Goodhart*, *Mac-Coumac* y *Morton*, de los que se puede juzgar leyendo el libro de *Erichsen* publicado en 1895.

Preciso será abandonar la vía de la meditación y de las exploraciones en la Biblioteca, para acudir al enfermo mismo. Hay que separarse de las elucubraciones meramente teóricas para entregarse á la observación rigurosamente clínica: hay que buscar en el herido, en el vientre mismo, las indicaciones del diagnóstico, las bases del pronóstico, la orientación del tratamiento.

Volvamos pues á nuestro herido: lo dejamos cuando ya recuperado un poco del shock inicial, era conducido á un Hospital ó á una Quinta de Salud para seguir al médico tratante en sus reflexiones é investigaciones. Volvamos con el mismo médico á la cabecera del herido. Este se halla desde hace dos horas reposando en una buena Casa de Salud, montada especialmente para casos de urgencia, semejante al que nos ocupa. Precisamente en un establecimiento de esos que no tenemos en México y que tanta falta nos hace.

Encontramos al individuo lesionado, muy animado; ha salido casi completamente del estupor primitivo, su estado general se ha mejorado mucho y ofrece solamente algunos síntomas poco inquietantes; un dolor fijo en un punto del abdomen ó una sensación de pesantez dolorosa, extendida á toda la región. Su vientre está flojo á la presión y ha orinado y exhalado gases intestinales. Su pulso amplio, regular, latiendo á 85° ó 90° por minuto. Su temperatura 35° 6''. La percusión del vientre, muy soportable, no señala ninguna región obscurecida ó mate; por el contrario, puede percibirse cierto timpanismo generalizado. No ha habido vómitos.

He aquí un caso que á primera vista parece feliz; la temperatura tan baja y sostenida, coincidiendo con un buen pulso, lleno, regular, y sobre todo amplio, no debe alarmar á nadie. En estos casos de disociación del pulso y la temperatura, es siempre el pulso el que nos debe guiar.

La hipotermia puede deberse al choque nervioso producido sobre las radículas y plexus peritoneales, que afectó de un modo intenso los órganos centrales y tiene entonces una importancia pronóstica muy diferente.

Yo he visto esta hipotermia acentuada y sostenida, presentarse después de un traumatismo peritoneal grave. Persistente tengo el recuerdo de una señorita operada por mí en Guadalajara, descendiente de familia histérica, y observada en unión de mis sabios amigos los Dres. Enrique Camarena y Macías Gutiérrez. Se trató de una operación abdominal, laboriosa y prolongada. La enferma volvió del cloroformo con 32° 6 de temperatura, y 24 horas después el termómetro no marcaba aún 36°. El pulso se mantuvo amplio y á 80. Mi pronóstico fué muy benigno y felizmente no me equivoqué. 32 horas después la temperatura estaba á 37° 2.

El pulso tiene, por el contrario, una importancia capital en estas circuns-

tancias; la pequeñez y la frecuencia de él, mayormente si son permanentes y progresivas, combinadas con un estado de colapsus más y más acentuado, son indicios casi ciertos de una lesión interna grave. No menor importancia tendrían el meteorismo progresivo del vientre y la contractura dolorosa y tenaz de las paredes.

Cambiemos, pues, la situación de nuestro herido, y supongamos que es otra la escena que presenciamos al llegar de nuevo á su lado.

El herido se halla inmóvil en su lecho, en posición supina. La respiración es anhelante, la voz entrecortada y hueca; las facciones lívidas y hundidas, la temperatura baja, 36° ó 36°2; las extremidades continúan enfriándose, la lengua se ha secado, el vientre se ha elevado, la percusión da un timpanismo generalizado, casi no se percibe la macicez hepática. Si se ha vendado el abdomen, el lesionado se queja de la presión del vendaje y solicita con insistencia que se le afloje. No ha orinado, no ha expelido gases. Un hipo tenaz le ha hecho sufrir y algunos vómitos han interrumpido la escena, arrancando débiles quejidos al herido.

Tenemos á la vista un caso grave, muy grave quizás. Vamos á tener que tomar una resolución y una resolución de mucha urgencia: dos horas, una hora tal vez que transcurra sería tarde.

Nuestro diagnóstico hasta ahora sólo puede dar una suposición con visos de mucha certidumbre: hay una lesión interna grave, causada por la contusión del vientre.

¿Cuál es esa lesión? difícil veo la solución de esta pregunta; pero procuraremos avanzar en su estudio todo lo posible.

Si recordamos los trabajos estadísticos de *Thomas Morton* y de *Mackensie*, sobre la frecuencia de las lesiones producidas por la contusión del abdomen, veremos que las lesiones del aparato digestivo entran en una gran mayoría en la proporción total de las lesiones profundas. Este es un buen dato que no debemos olvidar.

Comenzaremos por hacer orinar ó por sondear al herido: la evacuación de la vejiga, á la vez que alivia los dolores abdominales, permite asentar un elemento sólido de juicio.

¿La orina sale mezclada con sangre? Hay una lesión en el aparato urinario. ¿Sale límpida? El riñón y la vejiga están indemnes.

Pasemos á examinar las materias vomitadas: éstas son sanguinolentas desde un principio y han aparecido poco tiempo después del accidente, hay que temer una *desgarradura del estómago.* Los vómitos no son sanguinolentos; pero han transcurrido varias horas y no salen teñidos con materia biliar; la contusión ha sido sobre la región hepática, especialmente sobre la línea externa del recto anterior, hay que temer la *ruptura de la vesícula biliar*.

Más difícil es preveer, sobre todo durante las primeras horas, la existencia de las lesiones intestinales. Basta meditar sobre la diversidad del traumatismo que puede sufrir el intestino, para calcular desde luego la imposibilidad en que el médico se encuentra para diagnosticarla. En realidad, las contusiones del abdomen pueden provocar en el intestino, desde la simple congestión paralítica hasta el arrancamiento del mesenterio ó la sección completa del intestino, con separación franca de los fragmentos.

Se dice que la contusión grave del intestino se manifiesta por náuseas y vómitos precoces, que aumentan rápidamente de frecuencia; por la palidez intensa de la cara, pulso pequeño, tendencias al síncope, dolor abdominal in-

tenso y localizado, y timpanismo con desaparición de la macicez hepática. La presencia de la sangre en las evacuaciones indica ciertamente una lesión grave; pero no puede considerarse como patognomónica.

En resumen: la mayor parte de los signos que podría revelar la atrición grave del intestino, son infieles y susceptibles de ser disimulados ó simulados por otra multitud de causas, y pretender ocuparse de un síntoma como susceptible de ser reconocido como buen signo revelador, es buscar infructuosamente una fórmula clínica que no existe ni puede existir.

No hay que contar, pues, en el mayor número de los casos, con ningún síntoma característico, y la opinión debe germinar y fundarse en la sucesión de la presentación de los signos y en su marcha é intensidad.

En consecuencia, y convencidos casi de lo ilusorio de un diagnóstico preciso en lo tocante á las lesiones profundas en las contusiones del abdomen, procuremos si no prescindir de él, por lo menos guiar nuestro tratamiento sobre otras bases más sólidas y buscaremos en conjunto cuáles son los modos de resolver estas tres cuestiones, de importancia suprema bajo el punto de vista práctico:

¿Qué forma de contusiones abdominales no deben operarse?

¿Cuáles son las que requieren la abertura exploradora del vientre?

¿Cómo se practica la laparotomía exploradora en las contusiones del vientre?

¿Qué lesiones se pueden encontrar á la abertura del vientre y de qué medios disponemos para subsanarlas?

Y por último, ¿la peritonitis francamente declarada constituye una contraindicación para la laparotomía exploradora de urgencia?

El estudio de estas cuestiones, forma una parte de otro trabajo que tendré el honor de presentar á esta Academia, y del que por ahora no puedo ocuparme por impedírmelo la no terminación de las experiencias que en este sentido estoy realizando.

México.

DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LAS INDICACIONES DE LAS ASOCIACIONES ANTIESPASMODICAS.

Costumbre antigua y seguida por nosotros durante largo tiempo, ha sido la de elegir para estas notas mensuales de terapéutica que significan nuestra modesta contribución á la «Crónica,» aquellos puntos que juzgamos de verdadera utilidad práctica, sea tomándolos de nuestra propia y exclusiva cosecha, sea aprovechando los trabajos de escritores y terapeutas de ilustración y recto criterio, sobre todo, cuando hemos tenido la oportunidad de ver confirmadas sus aseveraciones en la clínica.

Hoy hacemos por eso tema de los apuntamientos presentes, unas notas

clínicas publicadas por el Dr. Berchon, que alguna otra vez hemos presentado ya á nuestros lectores, y que llevan el título que hemos querido conservar al presente artículo. Después de un rápido extracto de esos casos clínicos, nos permitiremos hacer algunas reflexiones.

Observación Primera.—*Retención de orina.*—D . . . . , palafrenero, de 47 años y en plena crisis de reumatismo articular agudo, acusa dolores violentos en el abdomen con malestar y meteorismo. No evacua ni orina desde hace 30 horas. Prescripción: una lavativa purgante y cada cuarto de hora un gránulo de la asociación siguiente que lleva el nombre de «Diurética y Antiespasmódica:» Hiosciamina, Sulfato de estricnina, Digitalina y Bromuro de cicutina. A la sexta dosis ó sexto gránulo, es decir, á la hora y media de instituida la medicación, el enfermo orina abundantemente y con la ayuda de otra lavativa se obtiene una abundante evacuación. Cumplida así la indicación del momento, se instituye como tratamiento debido por su reumatismo, el siguiente: lavado intestinal diario con una cucharada pequeña de Sedlitz Ch. Chanteaud y Gránulos compuestos de la asociación siguiente: Colchicina, Aconitina, Digitalina y Arseniato de estricnina.

Observación Segunda.—*Hernia estrangulada.*—Sra. R . . . . , de 71 años, acusa súbitamente dolores violentos en la fosa ilíaca derecha, que se propagan á toda la región, agudos é intensísimos. Aplicación de cataplasmas y fomentos calientes que no calman el sufrimiento. Creese en un envenenamiento por tan brusca aparición; pero el Dr. Berchon encuentra y diagnostica que se trata de una hernia estrangulada y prescribe como único tratamiento cada cuarto de hora, un gránulo de hiosciamina y uno de estricnina. Algún tiempo después se intenta la reducción de la hernia que se obtiene después de 7 ú 8 dosis, y el peligro grave que amenazaba á la enferma queda conjurado.

Observación Tercera.— *Cólicos nefríticos.*—M. N . . . . , industrial, tiene hace 3 años un violento ataque de gota y por las causas comunes que producen este resultado, comienza á experimentar malestar y pesantez en la región lombar, hasta que el 21 de Enero próximo pasado, á las 7 p. m., experimenta allí, en el lado izquierdo, un dolor en extremo agudo que se irradia bien pronto hasta la vejiga, la uretra y el testículo, que se encuèntra retraído. El enfermo no puede moverse ni toser, tiene un pulso pequeño, las extremidades frías, el semblante pálido y angustiado y á duras penas arroja sólo unas cuantas gotas de orina turbia y densa. No hay calentura. Son los síntomas de una crisis de cólicos nefríticos.

Las indicaciones evidentes son tres sin duda alguna:

I. Mitigar á la brevedad posible lòs dolores del enfermo;

II. Descongestionar los riñones; y

III. Facilitar el deslizamiento y la progresión del cálculo.

La asociación «antiespasmódica» que está formada de «hiosciamina, sulfato de estricnina y morfina,» desempeñará este papel y llenará las indicaciones precisas por las propiedades características de los alcaloides asociados. El enfermo toma desde luego esa trinidad cada cuarto de hora al principio, en un medio vaso de agua de Contrexéville. A las 9 de la noche volvemos á ver á nuestro enfermo que no sufre más: el cálculo sin duda ha llegado á la vejiga. El semblante está más tranquilo y arroja una gran cantidad de orina turbia y muy cargada de mucosidades. Al día siguiente prescribimos una cucharada grande de Sedlitz Ch. Chanteaud, y en seguida, durante cierto tiem-

po, 6 gránulos diarios de Benzoato de sosa y 6 de Benzoato de litina con un vaso de agua de Contrexéville en cada alimento.

Observación Cuarta.—*Asma esencial.*—M. L . . . . , negociante, de 65 años, padece de crisis de asma que le sobrevienen en la noche y que además del sufrimiento físico que ocasionan, desea á todo trance evitar por el trastorno que causan en su vida activa y laboriosa, nulificando sus energías durante 1, 2 ó 3 días cada 2 ó 3 meses, período en que aproximadamente se repetían. Como es natural, había seguido numerosos tratamientos, pero ninguno había logrado dominar el mal y sus repeticiones.

El Sr. L. es herpético y por esta causa es preciso combatir la causa por la administración de los arsenicales. El Dr. Berchon le prescribe á su enfermo 6 gránulos de arseniato de sosa y 12 de sulfhidral al día, como tratamiento causal. Para atacar el acceso asmático, un gránulo antiespasmódico cada cuarto de hora, y si el acceso resiste aun, auxiliar su acción con un gránulo de tanato de canabina con el anterior.

Durante 3 meses el acceso no reaparece y sale á viaje, pero al 2º día de él preséntase un violento ataque á la media noche, cumpliendo desde luego con las prescripciones terapéuticas que ya tenía. A la 5ª dosis la mejoría se inicia, á la 8ª la respiración es mucho más libre, por lo cual el enfermo espacia más la dosis, y á las 6 de la mañana puede ya conciliar el sueño más tranquilo y reparador. Duerme en efecto durante la mañana y en la tarde le es posible continuar sus ocupaciones. A su vuelta á París el Dr. Berchon, le ordena tomar como medio profiláctico, 1 gránulo todas las noches y 4 al día en las épocas en que presumiera debía venir el acceso, que, como hemos visto, aparecía con cierta periodicidad.

Bastan los casos enumerados para poder asentar de una manera justificada, la eficacia de una asociación alcaloídica que muchas veces hemos recomendado en el curso ya un poco largo de la publicación de nuestra «Crónica.» La acción de la Hiosciamina que es, como lo hemos repetido hasta la saciedad, uno de los alcaloides de efectos terapéuticos de una evidencia innegable, es verdaderamente asombrosa en aquellas enfermedades en que el elemento espasmódico entra como factor principal.

En las circunstancias que cita el Dr. Berchon, pero sobre todo en el asma, en hernias estranguladas, en cólicos nefríticos y hepáticos, en cólicos uterinos, en el espasmo del cuello de la vejiga, en el tenesmo anal que acompaña á ciertas afecciones y en otros muchos casos, hemos visto y vemos con frecuencia el uso de la hiosciamina coronada por éxito brillante.

Muchos casos análogos de nuestra propia práctica pudiéramos aducir en comprobación de lo dicho, pero en obsequio de la brevedad, sólo nos limitamos á recomendar este método de tratamiento en los casos semejantes, seguros de que nuestros compañeros confirmarán plenamente nuestras observaciones.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXII.

PATOLOGIA Y CIRUGIA DENTAL

LIGEROS APUNTES DE PATOLOGIA BUCAL.

POR EL DR. MANUEL CARMONA, CIRUJANO DENTISTA.

ESTOMATITIS Y GINGIVITIS SEPTICAS.

Se puede comprender bajo este nombre todas las variedades de estomatitis no específicas, desde las más simples, como la estomatitis eritematosa ó tartárica, la estomatitis de las mujeres en cinta, hasta las más graves, como la ulcero-membranosa y la gangrena de la boca. Todas estas estomatitis son sépticas y poli-microbianas.

Gingivitis tartárica.—Es la más simple y la más frecuente, siendo á la vez traumática y séptica. La presencia del sarro, cuerpo duro, que infecta y cubre el cuello de los dientes en cantidad variable, explica la doble causa de su producción. Distinguiéndose nada más de la gingivitis simple eritematosa en sus bordes más salientes, ligeramente rojos y supurados.

Si el tratamiento interviene á tiempo, es decir, si el tártaro es quitado en su oportunidad y si se vigila la antisepsia bucal, toda inflamación desaparece rápidamente. Pero si esta gingivitis toma otro carácter, entonces aparecen mayores ulceraciones que pudieran originar una estomatitis ulcerosa ó artrítica alveolar. En este sentido se puede decir que la estomatitis tartárica no existe, pero que sí es el principio de estas dos afecciones.

Gingivitis de las mujeres en cinta.—Las reflexiones precedentes se pueden aplicar en parte á esta variedad de gingivitis.

Las condiciones generales de la mujer en cinta, la condición de todos sus tejidos, proporcionan un terreno particularmente favorable al desarrollo de las infecciones gingivales. Examinando con cuidado los casos particulares, se encuentra como causas, sea la presencia del tártaro, sea una infección bucal, favorecida por la falta de masticación (régimen lácteo, dientes dolorosos), sea por la frecuencia de vómitos, produciendo fermentaciones ácidas.

La limpieza de los dientes y la antisepsia bucal, es una regla indispensable de observar. También se ha demostrado que las formas graves de la gingivitis de las mujeres en cinta, se aproximan á la artritis alveolar infecciosa ó sea piorrea alveolar, cuya evolución algunas veces es muy rápida.

Estomatitis ulcero-membranosa.—Se puede considerar la estomatitis ulcero-membranosa como el tipo de las estomatitis sépticas. Netamente caracterizada por su evolución, la marcha de las ulceraciones bien conocidas y cuando ha sido bien observada, constituye un estado verdaderamente morboso. *Bergeron* la describe como una enfermedad específica, epidémica algunas veces, contagiosa, donde todas las ulceraciones características de forma variable se puede desarrollar sobre todas las partes de la boca, pero principalmente sobre los bordes de las encías y la cara interna de los carrillos.

Se le considera generalmente como una enfermedad poli-microbiana, es

decir, producida por la asociación de microbios patógenos: streptococo, staphylococo, etc.

Evidentemente se encuentran en la superficie de las ulceraciones, elementos patógenos y su evolución comprende la idea de un agente específico.

Algunos autores han encontrado un bacilo fusiforme con espirillas que bien pudiera ser el agente específico.

Estas alteraciones generalmente se notan en los niños á la salida de los dientes de la segunda dentición y principalmente en la muela de siete años, no encontrándose algunas veces en la boca ni la menor señal de esta afección.

La causa habitual del desarrollo de esta enfermedad que viene acompañada de accidentes sépticos y escoriaciones peridentarias, es según el Dr. Magitot un accidente de la muela del juicio, pudiéndose observar en el adulto y en todas las edades, variando en condiciones la infección bucal.

Bergeron había observado que las epidemias de las estomatitis sucedían comunmente á las epidemias de sarampión, escarlatina y fiebre tifoidea.

Alrededor de los cuellos de los dientes, en la muela de siete años, en la muela del juicio, entre dos dientes careados, la encía está inflamada, hipertrofiada y escoriada donde principia la ulceración para extenderse á las partes vecinas.

Las ulceraciones son unilaterales porque raramente principian por los dos lados á la vez, atacando la línea media para extenderse á todo el reborde alveolar y comunmente con interrupciones en algunos puntos de la encía sana. La propagación se hace naturalmente por auto-inoculación.

El borde de la encía interna puede ser invadido ó el de la encía externa y las dos series de ulceraciones se reunen, encontrando paso entre los dientes cercenados por múltiples ulceraciones.

Las ulceraciones de los carrillos, labios y lengua, raramente primitivas, se producen por contacto ó propagación de las encías. Estas ulceraciones son realmente patognomónicas más ó menos largas y extendidas, muy dolorosas, de un fondo gris y bordes desiguales; están siempre limitadas por una línea blanca característica; el menor contacto le hace abundante sangre, la salivación es generalmente exagerada y el aliento fétido. Puede ser acompañada de fiebre y de fenómenos generales, adinamia y erupciones como la púrpura, etc.

La forma aguda dura de 15 á 18 días y puede curarse espontáneamente, y la crónica puede durar meses enteros. Las reincidencias son extremadamente frecuentes en los mismos individuos, y se explica por las curaciones incompletas la importancia del tratamiento.

Tratamiento.—El tratamiento clásico consiste en el empleo del clorato de potasa ***intus et extra***, á la dosis de 4 gramos al día, y por otra parte, lavados y gargarismos repetidas veces con una solución de 3 ó 4 por 100, pudiéndose emplear el clorato de potasa en pastillas comprimidas.

El clorato de potasa, verdaderamente tiene una acción muy eficaz, y como se dice, puede ser considerado como específico. En las formas crónicas, el tratamiento puede ser ineficaz; pero en las agudas, en una docena de días, con el tratamiento indicado y lociones antisépticas, cura espontáneamente.

La forma más grave requiere un tratamiento más enérgico.

Como el licor de Van Swieten, ácido tímico al 4 por 1000, ácido láctico, ácido fénico al 1 por 100, en lavados repetidos pueden ser de grande utilidad y pueden ser en todo caso empleados como adyuvantes.

Es absolutamente necesario tocar todas las ulceraciones con un cáustico muy enérgico para destruir los elementos infecciosos de la ulceración.

El ácido clorhídrico, usándolo con método, produce buenos resultados.

El Dr. Faré ha comunicado cierto número de observaciones en el servicio dentario de La Charité, de París, que demuestran la curación de la estomatitis úlcero-membranosa por la aplicación del ácido clorhídrico.

La solución empleada es al 1 por 10, en una bola de algodón, sostenida en unas pinzas y empapada en la solución; con ella se puede tocar rápidamente la superficie de cada úlcera, siendo importante no olvidar los espacios inter-dentarios. La bola de algodón debe ser cambiada muchas veces, según el número y extensión de las úlceras. La aplicación del tópico deja en la superficie de la ulceración una opacidad negruzca, producida por la sangre y el cáustico. El toque debe ser lavado inmediatamente con una solución de sublimado, ó simplemente alcalina, prefiriéndose la solución alcalina y evitando tocar la superficie de los dientes.

Estomatitis gangrenosa (Noma).—Afección particularmente grave y comunmente rara. Esta enfermedad ataca á los individuos debilitados por una enfermedad infecciosa. como fiebre tifoidea, viruela, etc.; á los niños en detestables condiciones higiénicas, mal nutridos, mal alojados y expuestos á la enfermedad. Los fenómenos de auto-intoxicación aparecen con extremada rapidez y como siempre, la naturaleza del terreno favorece su desarrollo, lo cual explica la virulencia de los elementos sépticos de la boca y las toxinas que secretan.

Entran en el torrente circulatorio por absorción directa ó por el tubo digestivo, explicando así las infecciones secundarias y envenenamiento general inevitable. La noma comienza comunmente escoriando los carrillos: una ó muchas manchas violáceas flictenosas extendidas en la región y transformándose en ulceraciones enormes. Los tejidos son edematosos, los ganglios infartados, invadiendo rápidamente los labios, los carrillos, las encías y los alveolos. El aliento es marcadamente fétido, desarrollándose fenómenos generales, fiebre intensa con debilitamiento general y la muerte por embolia séptica.

Tratamiento.—Se comprende que en una afección de esta naturaleza debe emplearse enérgico al principio de la enfermedad, aplicando en los bordes ulcerados el cauterio actual, sin profundizar á los tejidos, de manera de destruir los elementos infecciosos. Este es el único medio de evitar su propagación en toda la boca y detener la marcha de la enfermedad. También es importante repetir lavados después de las cauterizaciones con soluciones antisépticas: sublimado, ácido fénico y cloral, que embotan la acción dolorosa del cauterio. Al mismo tiempo las fuerzas del enfermo serán enérgicamente sostenidas por el empleo de tónicos: quina, kola y alcohol, etc.

Se debe hoy día observar los preceptos de la higiene, cuidando el buen estado de la boca y de los dientes.

Estomatitis tóxicas ó tóxico-sépticas.—Se entiende por estomatitis tóxicas las que suceden á la ingestión ó á la absorción por una vía cualquiera, de venenos metálicos, que se eliminan más particularmente por la saliva y en la superficie de la mucosa bucal: mercurio, bismuto, fósforo, arsénico, yodo, etc. La más conocida de estas estomatitis es la que como tipo se toma: la estomatitis mercurial. Hay que agregar que estas estomatitis se observan comunmente en el mal estado de la boca y de los dientes.

Hay dos órdenes de hechos generalmente admitidos, por una parte, en la

intoxicación mercurial; por ejemplo, la eliminación de mercurio en cantidad variable por las glándulas salivares, determina en la boca y particularmente en las encías, condiciones favorables al desarrollo de microbios patógenos. Por otra parte, la estomatitis no puede desarrollarse por la acción de la infección producida por estos mismos microbios. Nunca puede existir el microbio mercurial ó arsenical, sino la eliminación de estos venenos que favorecen la acción nociva ó infecciosa de los elementos preexistentes. La estomatitis es tóxica por la causa predisponente y la preparación del terreno; es séptica, por el agente infectante y contagioso; se puede decir una estomatitis tóxico-séptica.

Es no menos cierto que el envenenamiento propiamente dicho es la acción de la saliva tóxica, reunido al mal estado de la boca y de los dientes y de la debilidad del organismo, que resulta del empobrecimiento de todas las causas que se encuentran reunidas.

Bajo el punto de vista de higiene y de tratamiento de las estomatitis tóxico-sépticas, las consideraciones precedentes abarcan una gran importancia.

México, Mayo de 1904.

M. CARMONA.

SECCIÓN XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

(CONTINÚA.)

He concluído la exposición de las principales ideas que constituyen el fundamento de la doctrina homeopática: con frecuencia me he visto obligado á servirme de las propias palabras del fundador ó de los discípulos, que, como Biguel, están universalmente reconocidos por legítimos y ortodoxos homeópatas. Estas citas han sido casi indispensables, pues de otro modo hubiera podido creerse que yo exageraba de intento, cuando en realidad no he hecho más que bosquejar, con muy pálidos colores, el inmenso cuadro de las aberraciones á que una observación inexacta y al parecer insignificante,[1] ha llegado á dar origen. Aquí debiera dar cima á este artículo, pues para el objeto que me he propuesto, que es poner al público, y principalmente á los jóvenes médicos, en aptitud de juzgar con conocimiento de causa de la Homeopatía, basta con haber expuesto sus absurdos fundamentos; pero yo creería faltar á mi conciencia, si no manifestase con franqueza y lealtad mi opinión en el particular.

La llamada *medicina homeopática* no es ni puede ser una ciencia: ella no se apoya ni en las deducciones rectas de la sana lógica, ni en los resultados de una experimentación auténtica y bien conducida; ella es contraria á lo que dicta la razón natural, sin que nada venga á desvanecer en la práctica la extraña impresión que siente el ánimo á la sola enunciación de sus axiomas; ¿qué cosa, en efecto, más contraria al buen sentido, que establecer *a priori* que una medicina ha de ser tanto más eficaz, cuanto más corta sea la dosis que de ella se tome? ¿Qué cosa más irracional que querer curar una enfermedad con aque-

1 La de haber tomado Hahnemann un poco de Sulfato de quinina y creer que por esto había sentido síntomas de fríos.

llo mismo que tiene la virtud de ocasionarla? ¿Cuál idea más empírica y antifilosófica, como la de querer curar síntoma por síntoma las mil afecciones de que la economía puede verse atacada? La sola determinación, si ella fuere posible, de los medicamentos que pudieran tener semejante propiedad, exigiría no ya la vida de un hombre, sino la de muchas generaciones sucesivas, si la experiencia había de hacerse, como es de absoluta necesidad en tales materias, apartando en lo posible toda causa de error, y repitiendo las experiencias en diferentes circunstancias y condiciones, para no tomar por efecto de la medicina lo que fuera tal vez una simple coincidencia ó producto de la pura imaginación, de modo que basta saber el tiempo cortísimo que ha gastado un solo hombre para componer lo que él llama *materia médica pura*,[1] para comprender que ella no puede ser el fruto de la experiencia, sino parto de una imaginación descarriada, ya que no impulsada por sentimientos innobles.

Pero se me dirá que nada es absurdo cuando es efectivo, y que si la Homeopatía cura de hecho á sus enfermos, toda otra consideración debe callar, y la razón no tiene más que humillarse en presencia de los *hechos*.

No seré yo, ciertamente, baconiano de corazón, el que venga á poner en duda la autoridad de los hechos; mas si en todas circunstancias debe contrastarse su exactitud con la más prolija nimiedad, nada debe considerarse como demasiado cuando se trate de hechos que parecen contrarios á la razón, para no dejarse llevar de simples apariencias, en virtud de hechos poco auténticos ó mal interpretados, en cuyo caso, repetiremos con Diderot: *une démonstration me frappe plus que cinquante faits, grâce à l'extrême confiance que j'ai en ma raison ma foi n'est plus à la merci du premier saltimbanque.* (Diderot, Pensées, philosophiques). Descendamos, pues, al terreno de los hechos; juzguemos á los homeópatas en la práctica, y veamos si en efecto son de la clase de aquellos que Diderot temía que sorprendieran su fe.

Todas las veces que la Homeopatía, abandonando el florido campo de la práctica privada, se ha lanzado en la arena pública haciendo experiencias á la luz del día y delante de personas inteligentes, ha tenido que abandonar la empresa, corrida del funesto resultado de su arrogancia. En San Petersburgo, el Consejo Médico, después de varias experiencias ha declarado peligroso este método en *todos* los casos en que se necesita obrar, y en consecuencia, lo ha prohibido en todos los establecimientos que dependen del Gobierno (Gazette Méd., 1833, p. 569). En Nápoles, la autoridad que había dado permiso para el establecimiento de un hospital homeopático, ha tenido que retirar el permiso á los cuarenta y cinco días de ensayo (Sesión de la Acad. de Méd., Marzo de 1835). En París se emprendió, en 1835, en la sala de M. Bailli, en el Hotel-Dieu, una serie de experiencias que no dieron resultado alguno favorable, retirándose al fin confundido el homeópata que lo dirigía (l. c). En Lyon, el Dr. Pointe puso treinta camas, de su sala del Hotel-Dieu, á disposición de M. Gueirad. Este examinó á los enfermos, les administró las dosis de los remedios y les prescribió el régimen: á los diez y siete días no volvió más, atribuyendo su completo fiasco á los *miasmas del establecimiento* (Gazette Méd., 1835, ps. 708 y 766). En 1849, varios miembros de la *sociedad hanhemaniana*, según refiere Mr. Gosset, hicieron en el hospital de San Luis (París), un ensayo á todo su sabor, en la sala de M. Bazin, sobre la cura de la sarna. Siete enfermos afectados de es-

1 Es decir, repertorio de medicamentos, cuya virtud es producir, y, por consiguiente, curar todos los síntomas que pueden presentarse.

te mal fueron sometidos exclusivamente á la medicación homeopática y en todos los siete los glóbulos homeopáticos se mostraron completamente ineficaces á pesar de la perseverancia de los enfermos, á quienes fué preciso asignar luego una indemnización de un franco diario para que se decidieran á continuar la experiencia, pues la comparación que forzosamente establecían con sus compañeros, que diariamente salían curados por los médicos comunes, hacía que se rehusasen ya á continuar esperando siempre el decantado milagro (Unión Méd., Abril 17 de 1849). Dos meses después, M. Tessier ponía en práctica el propio sistema en la Salpêtrière, en la epidemia del cólera; y los desastrosos resultados á que esta práctica dió lugar, llamaron la atención de la autoridad, y M. Tessier tuvo que sostener una acalorada polémica, sobre si el médico encargado de una sala tenía ó no la facultad de emplear el método curativo que mejor le pareciese, pero sin negar por esto los malos resultados obtenidos, aunque sí atribuyéndolos á causas muy diversas, como era de presumirse. No se hace creíble que después de hechos tan palmarios, en que la impotencia de la Homeopatía ha quedado tan claramente demostrada, pudiese quedar un solo hombre de buena fe que creyese en esta pseudociencia y en sus imaginarios prodigios; pero los hechos sacados de la clientela particular, han sido siempre, y serán, el caballo de batalla de los discípulos de Hahnemann, y es que, en efecto, en este terreno es casi imposible seguirlos, y no faltan jamás disculpas para los casos adversos, mientras que las trompetas de la fama están siempre prontas para encomiar sin cesar los favorables.

Pero no faltará quien diga que supuesto que hablo de *casos favorables*, es una prueba de que éstos existen, y en este caso la medicación no es ni tan mala ni tan inerte como he querido representarla, supuesto que cuenta con hechos en su favor. Para responder á esta objeción, que es pura y simplemente un grosero sofisma, es necesario que precisemos con rigor los términos de la cuestión. Yo no niego que después, ó durante la medicación homeopática, un enfermo pueda sanar; lo que yo niego formalmente es, *que esta curación*, cuando sobreviene, sea debida á la influencia de la medicación, y no al curso natural de la misma enfermedad, ó á los esfuerzos de la naturaleza. Efectivamente, desde la más remota antigüedad es sabido que un gran número de enfermedades se curan por sí solas, y que basta entonces dejar marchar las cosas sin hacer nada que pueda poner obstáculo á su evolución natural, para que se restablezca por sí solo el estado normal; y á esta manera de proceder se da el nombre de *medicina espectante*, que es la que de hecho vienen á poner en práctica los homeópatas, si obran de buena fe, pues la administración de un decillonésimo ó de un veintillonésimo de grano, es rigurosamente no hacer nada—lo cual no deja de ser útil en muchas circunstancias—y desde este punto de vista, Hanhemann no está tan lejos de entenderse con Hipócrates como él quiere aparentar, pues la medicina espectante es la que en el mayor número de casos aconseja el padre de la medicina; pero en él, este consejo era racional, franco y de buena fe, porque ignorando la causa del mayor número de enfermedades, careciendo totalmente de las luces de la anatomía patológica; y viendo, por otra parte, las indisputables curaciones espontáneas que se le presentaban con frecuencia, su confianza en la naturaleza llegó á ser casi ilimitada.

La naturaleza, dice, es el médico de las enfermedades; la naturaleza encuentra por sí sola las vías y los medios, no por inteligencia. . . . . La naturaleza, sin instrucción y sin saber, hace lo que conviene, etc. Pero los homeópatas, aparentando poner en práctica una medicación muy activa, no hacen positiva-

mente nada, ni siquiera ayudar á la naturaleza como un *ministro obediente*, que es lo que aconseja el padre de la medicina en los casos ordinarios, sino que dejan marchar el mal con la más absoluta libertad, lo cual, en un gran número de casos en que la experiencia ha probado que es necesario obrar con actividad y energía, como en el cólera, la apoplegía, la inflamación de los órganos esenciales de la vida, etc., es no solo un error, sino un verdadero crimen, el cual se agravará no poco, si se tiene la insolencia de burlarse de la ignorancia del pobre paciente, agregando á la falta de medicina, el uso de prácticas ridículas é indignas de un hombre que no quiera pasar por un juglar, tales como quemar la cuchara de que se ha de hacer uso, exigir que el vaso sea nuevo y no haya servido nunca y otras sandeces por este orden, que suelen verse en esos lances.

De modo que si en los casos ligeros la medicina homeopática es simplemente una forma ridícula y dispendiosa de la medicina espectante, en la mayor parte de los casos graves es una práctica dañina y criminal.

(Continuará.)

SECCION XXVII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA MEXICANA

En uno de los últimos números de la *Gaceta Médica*, órgano de la Academia de Medicina, aparece un extenso artículo del socio corresponsal Dr. Ricardo Ortega, sobre etiología de la fiebre amarilla.

Este doctor nació y se crió en el puerto de Matamoros, á donde ha habido varias epidemias de fiebre amarilla, y naturalmente se muestra interesado en su estudio.

Habiendo leído que un Dr. Francis, de los EE. UU., aseguraba que el único vector del gérmen de la fiebre amarilla era el mosquito *Stegomya fasciata*, y no estando de acuerdo con esta idea, se puso á revisar los apuntes que dejaron su padre y abuelo, médicos ambos que ejercieron por muchos años en el mismo puerto y fueron miembros de la Junta de Sanidad durante varias epidemias de vómito; y en estos apuntes y algunas obras de valor científico, encontró observaciones en las cuales no es posible incriminar al mosquito.

Entre otras muchas muy minuciosas, presenta las siguientes: En 1800, un fugitivo de Cádiz con fiebre amarilla, fué á morir á Medina Sidonia, y su casa fué cerrada. Un año después se abrió y los que la abrieron se enfermaron de fiebre amarilla. Un ropavejero que compró ropas del difunto y otro que le compró al ropavejero, enfermaron del vómito.

En 1873, un médico en París recibió una botella conteniendo líquido vomitado por un enfermo de fiebre amarilla de Río Janeiro; se puso á hacer el análisis de este líquido y se enfermó de vómito negro, diagnosticado por los Dres. A. Tardieu y Fauvel.

Otra observación, en que se ve que la fiebre estalló en una familia en los Altos Alpes, después de haber abierto un baúl de ropa de un pariente que había muerto de fiebre amarilla en América.

Otra en que cuenta que seis hombres y dos mujeres se pusieron á sacudir á golpes en su casa unos colchones que les habian traido de unos enfermos de fiebre amarilla, y todos enfermaron de la fiebre.

Cita otras muchas observaciones, algunas muy minuciosas y extensas.

El Dr. Ortega cree que el mosquito en general pone sus huevecillos por todas partes, no solamente en la superficie del agua, como lo pretenden algunos otros observadores; y para sostener su dicho describe lo que ha observado él, y cree que es conveniente tener esto en cuenta, si se comprobare ser como él dice, al hacer la campaña contra el mosquito.

Termina deduciendo de sus estudios y observaciones lo siguiente:

1º Es indudable que el *Stegomya calopus*, generalmente llamado *fasciata*, es el vector del germen de la fiebre amarilla del hombre enfermo al sano.

2º El germen de la fiebre amarilla probablemente no necesita del huésped mosquito para terminar su ciclo vital, sino que puede efectuarlo en los vertebrados.

3º El germen del vómito prieto, tal vez bajo la forma de esporozoario, puede permanecer en estado latente, hasta que, absorbido por el mosquito ó introducido en un vertebrado, encuentra las condiciones que necesita para terminar su ciclo vital.

4º Que no puede considerarse como improbable que el germen de que se trata pueda también terminar su ciclo vital en los detritus orgánicos en putrefacción, y de ahí contaminar al mosquito ó al hombre directamente.

5º Que la hembra del mosquito no solamente en el agua pone sus huevos, pero sí que es indispensable ésta para el desarrollo de ellos.

6º Que si bien es cierto que se ha logrado hacer desaparecer, casi por completo, la fiebre amarilla, destruyendo los mosquitos en algunas localidades, ha sido porque el *fasciata* es el vector por excelencia, pero tal vez también porque el petróleo mata también al germen en algunas de sus fases de desarrollo.

7º Debe investigarse si el blasto amarillo y oro sufre metamórfosis y cuáles son ellas.

EL REPÓRTER.

SECCION XVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA.

Tratamiento de la funiculitis blenorrágica por compresas de alcohol.—*(Thérapeutique Moderne Russe).*—Vinocuroff refiere un caso en el cual todo tratamiento había fracasado (hielo, ungüento doble, vejigatorio), y que desde las primeras compresas embebidas en alcohol á 96° comenzó la temperatura á disminuir, lo mismo que los dolores y la curación fué muy rápida.

Transfusión venosa de solución salina normal en una eclámptica.—*(Brit Medical Journal).*—Natting S. Traser refiere un caso de una mujer eclámptica de ocho meses y medio de embarazo; comenzó por un purgante, un diurético y

envolturas calientes, ninguna mejoría sobrevino; al cabo de algunas horas gran irrigación intestinal de solución salina normal; cuatro horas después el estado de coma y convulsión persistieron y entonces cloroformada la enferma inyección intra-venosa de un litro de solución salina normal tibia. Hora y media después los ataques cesaron para no volver. El trabajo comenzó entonces y terminó normalmente cuatro horas después. La parturienta llegó á estar consciente, pero tenía ambliopía y cefalea. Dos días después la vista volvió y la cefalea desapareció con la curación.

Hebotomía con aumento durable de la pelvis.—*(Nederlandsck tijdschrift vor Geneeskunde)*.—La hebotomía es una operación comparable á la sinfisiotomía, por lo cual en lugar de interrumpir la continuidad de la pelvis en la sínfisis púbica, se interrumpe por la sección del pubis con sierra fuera de la línea media; como instrumentos una aguja fuerte curva, una sierra de cadena, un bisturí, dos pinzas Péan. Después de dividir la piel y tejidos subcutáneos hasta el arco púbico, pasar por abajo y atrás de dicho arco la aguja para sacarla arriba de él arrastrando con ella la sierra de cadena. La sección es fácil. Es importante cuidar la herida de los líquidos vaginales. El callo huesoso se forma muy bien y ensancha la pelvis uno y medio ó dos centímetros, y por consecuencia ensancha los diámetros. La consolidación es perfecta, ventaja sobre la sinfisiotomía que puede comprometer la marcha y la estación de pie por falta de solidez, y además tiene la ventaja de menores probabilidades de infección. La hebotomía ha sido descrita doce veces de las cuales tres pertenecen á Th. H. Van de Velde, autor del artículo.

Circulación artificial de los miembros.—*(Le Caducée.—Avril de 1904)*.—El médico mayor Petit, en un caso de falso aneurisma del muslo de origen traumático, que necesitó la ligadura simultánea de las arterias femoral y femoral profunda, hizo seguir la intervención del tratamiento debido al médico principal Isambert, que le ha llamado *circulación artificial de los miembros*, tratamiento que tiene por objeto restablecer rápidamente la circulación suspendida y prevenir por consecuencia, la gangrena. Este procedimiento consiste en poner un vendaje compresivo, con una venda elástica al miembro amenazado en su circulación, con el objeto de hacerlo exangüe. Hecho esto, se espera unos quince minutos y se desvenda, se ve entonces el miembro pálido, disminuido de volumen, volver poco á poco, lentísimamente á su aspecto habitual.

El vacío producido por el vendaje después de la descompresión, determina una llamada de sangre á los capilares arteriales, excitando así la circulación colateral.

Esta maniobra se repite varias veces en las veinticuatro horas, según las indicaciones, y se continúa hasta que el peligro de esfacele ha desaparecido. Es muy bien soportada por el enfermo. La circulación artificial está indicada en todas las perturbaciones vasculares que pueden terminar por gangrena. En el caso referido sus resultados fueron felices.

México.

DR. LEOPOLDO E. CALVILLO.

El aceite de oliva en la disentería.—*(Amer Med).*—El Dr. H. H. Rutherford, ha encontrado, experimentando en un gran número de casos, que el aceite de oliva aumenta considerablemente el flujo de la bilis, la que como sabemos, obra como antiséptico intestinal. En los casos observados bajo la acción del aceite de oliva, la cantidad de bilis ha aumentado considerablemente en las heces; los movimientos intestinales han disminuído en número mejorando en carácter; los signos de la fermentación van gradualmente disminuyendo al mismo tiempo que el dolor se calma y la debilidad se aminora. Preséntase también un aumento de apetito, las funciones intestinales se reparan y un rápido aumento en el peso y las fuerzas se hace notar. Indica igualmente el autor que el alivio aparentemente radical se ha presentado al cabo de dos meses y aun más con algunas pero muy pocas recaídas en los casos tratados. Hace en seguida el autor la descripción de algunos casos que sometió á su tratamiento con resultados satisfactorios.

G. Parker Dillon, en la misma revista opina que el valor del aceite de oliva se debe á que es un alimento, cuya asimilación es sumamente fácil. El tratamiento comprende tres períodos:

Primer período.—Dese al paciente 30 gramos de aceite tres veces por día durante los tres primeros; 60 gramos los tres siguientes y desde el sexto día, esta misma dosis cuatro veces al día.

Los tres primeros días se someterá al enfermo á una dieta láctea. Se le darán en seguida de 30 á 90 gramos diarios de carne desmenuzada ó su equivalente en albúmina de huevo. Notándose durante esta primera parte del tratamiento una ligera diminución de peso.

Segundo período.—Durante este período se dará al paciente sin que le desagrade, el aceite en grandes cantidades, nunca inferiores á 90 gramos, tres veces por día, sosteniéndose esta dosis en los casos crónicos y difíciles durante dos meses ó más. Durante este período la convalecencia deberá establecerse recuperándose el peso.

Tercer período.—El paciente será gradualmente restaurado al régimen completo y la cantidad de aceite se va disminuyendo en tanto que las úlceras curen completamente y no haya probabilidades de una recaída.

Junio de 1904.

ALBERTO OVIEDO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Obstetricia por los Doctores A. RIBEMONT-DESSAIGNES, Agregado de la Facultad de Medicina de París; Tocólogo del Hospital Beaujou y G. LEPAGE, antiguo jefe de la Clínica obstétrica en la Facultad de Medicina; Tocólogo de los Hospitales. Traducido de la sexta y última edición francesa por D. FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA, Licenciado en Medicina y Cirugía, bajo la dirección del DR. D. ANTONIO FERNÁNDEZ CHACÓN, Catedrático numerario, por oposición, de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid; con un

prólogo del Dr. D. José Rubio Argüelles, Catedrático de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Cádiz.

* * *

«En este sucinto resumen de la obra de los Dres. Ribemont y Lepage, hemos procurado que resalten los puntos que, en nuestro entender, pueden considerarse como más notables y nuevos, mereciéndonos la obra en conjunto el juicio de que por el perfecto método en la exposición de las materias, por su extensión contenida en los límites necesarios, y por las enseñanzas prácticas que de ella pueden obtenerse, está llamada á ser consultada por Médicos y alumnos con verdadero fruto, sacando á unos de multitud de dudas y facilitando á los otros la resolución de los problemas más arduos y complicados.

«Bien merece el Dr. Ulecia los plácemes más entusiastas de la clase Médica en general, por su actividad y buenos deseos en favor de cuanto significa progreso en las Ciencias Médicas, al editar é ilustrar la obra con riqueza, demostrando, como en todas las de su Revista, que no escatima los sacrificios para colocarlas á la altura de las mejores nacionales y extranjeras.

«El Dr. Fernández Chacón nos ha de permitir nuestros más sinceros elogios por la fiel y castiza traducción que ha hecho de la obra, demostrando con ello al par que la fidelidad en la interpretación, los profundos conocimientos que posee en la especialidad á que está dedicado, y en la que con sobrados y justos títulos, ocupa preeminente lugar.»—*(Párrafos del prólogo del Dr. Rubio Argüelles.)*

Formará dos elegantes tomos con numerosos grabados intercalados en el texto. Se publica por cuadernos á peseta. Se ha publicado el cuaderno 18.

Se subscribe en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías de España y America. Puede pedirse á la Administración de la *Crónica Médica Mexicana.*

Manuel Technique d'Histologie por Ph. Stöhr, traducído por los Dres. Toupet y Critzman, 3ª edición francesa completamente revisada y corregida conforme á la 10ª alemana por el Dr. P. Mulen, preparador de Histología en la Facultad de Medicina de París. Prefacio del Profesor Cornil. 1 vol. grand-jésus de 514 páginas con 339 figuras en negro y en color. Precio, 15 francos. G. Steinheil, editor. 2 Rue Casimir-Delavigne, París.

* * *

El libro del Profesor Stöhr comprende dos partes muy distintas, siendo á la vez un tratado teórico y un manual práctico de la materia.

Los detalles de la citología, de la histología y de la anatomía microscópica se exponen en ella con la mayor exactitud: todo se encuentra allí, y sin embargo nada inútil viene á recargar las descripciones. Las teorías más recientes son ya enumeradas en ella, cuando el autor, guiado por su larga experiencia, ha juzgado que estas teorías serán de un interés general y casi definitivas. Es, pues, un libro enteramente completo, y que, á pesar de eso, es claro: por eso podrá servir al estudiante, tanto al principio como al fin de sus estudios, ya para la preparación de un examen como para la preparación de

un concurso. Podrá servir, además, al médico práctico que debe conocer á fondo la morfología y la fisiología celulares, bases fundamentales de la Patología y de la Terapéutica.

Este Manual es además el mejor guía práctico para el principiante, porque el Profesor Stöhr se ha esmerado en dar los métodos más simples y dar minuciosamente todos sus detalles; y el estudiante que jamás ha manejado un microscopio, puede, siguiendo el texto de la obra puntualmente, hacer una preparación y ver en ella los elementos anatómicos y sus relaciones. Cada capítulo teórico es seguido inmediatamente de las técnicas especiales que se refieren á él; cada una de las numerosas figuras que contiene lleva la indicación del método empleado para hacer la preparación citada, y así el trabajo se ha hecho mucho más fácil y grato.

Este libro encierra además la indicación de las técnicas más complicadas destinadas á revelar los detalles más finos de la estructura microscópica. El autor ha hecho en su obra una elección prudente y juiciosa de aquellas técnicas que su experiencia le ha demostrado son las mejores, por lo cual su obra merece estar siempre al alcance de la mano sobre la mesa de trabajo. Y en una palabra, este libro, reflejando el curso y la enseñanza del Profesor Stöhr, puede servir de seguro piloto para la organización y la graduación de los ejercicios prácticos que deben dar al estudiante de Medicina el conocimiento de la citología y el gusto por el estudio de ella.

NOTAS.

DOS NUEVOS PRODUCTOS.

De la antigua y acreditada casa de París de Mr. Charles Chanteaud—54 Rue des Francs Bourgeois, hemos recibido el siguiente aviso:

«Sr. Dr.... Tengo el honor de informaros que, además de los productos enunciados en mi Tarifa general, y ya conocidos, ofrezco ahora dos preparaciones llamadas á obtener un gran éxito por sus virtudes terapéuticas, que son:

El *Uriol*, producto granulado, útil en las enfermedades de las vías urinarias y aplicable en los artríticos, para prevenir los accidentes de la litiasis (cálculos, cólicos nefríticos, etc.) Precio del frasco, fr. 4.50 al público.

El *Stenol*, producto granulado y excelente tónico general que conviene á todos los debilitados, neurasténicos, convalecientes, etc. Precio del frasco, fr. 4.00 al público.—*Charles Chanteaud.*»

SOCIEDAD MEDICA "PEDRO ESCOBEDO."

Esta conocida y honorable Asociación nos participa lo siguiente:

«En la sesión ordinaria verificada el viernes 3 del corriente por la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» se efectuó la elección de su nueva Mesa Directiva, que está formada como sigue.

Presidente, Dr. Alberto López Hermosa.
Vicepresidente, Dr. Gregorio Mendizábal.
Primer Secretario, Dr. Francisco de P. Millán.
Segundo Secretario, Dr. Angel J. Nieto.
Tesorero, Dr. Rafael López.
Bibliotecario, Dr. Adolfo Vélez.

Lo que tengo la honra de comunicar á Ud., protestándole mi distinguida consideración.

México, Junio 6 de 1904.—*Angel J. Nieto*, 2º Secretario.

Al señor Director de la *Crónica Médica Mexicana*.—Presente.»

NECROLOGIA

El SEÑOR DOCTOR DON ESTEBAN GARCIA DE ALBA.

En Tecolotlán, Jal., el día 24 del próximo pasado mes de Mayo dejó de existir el apreciable compañero con cuyo nombre encabezamos estas líneas, después de una jornada laboriosa y honorable y dejando de ella gratos recuerdos á todos los que tuvieron el gusto de tratarle íntimamente.

Reciban sus deudos y la población que aprovechaba sus conocimientos y aptitudes profesionales nuestra sincera condolencia.

EL SR. DR. D. IGNACIO ALVARADO (Padre).

Tras una vida larga y dedicada exclusivamente y hasta su última etapa al ejercicio de una profesión en la cual conquistó muy á menudo merecidos triunfos y justificado aplauso, acaba de extinguirse en la Ciudad de San Luis Potosí, el 7 del pasado Junio á la 1 y 30 p. m., un soldado de la vieja guardia, uno de los últimos representantes de una generación médica en la cual hallamos y hallarán nuestros pósteros, una verdadera constelación de astros de primera magnitud.

El Sr. Dr. D. Ignacio Alvarado fué con los Dres. Lucio, Jiménez, Carmona, Reyes, etc., uno de los autorizados representantes de la Medicina en México. Desempeñó puestos importantes y, habiéndose dedicado al estudio de la Fiebre Amarilla por especial comisión del Gobierno, produjo una obra sobre la materia que es y será un verdadero monumento científico nacional, demostrando que en ninguna parte del mundo se ha hecho estudio más completo de ella que el emprendido y llevado á cabo por el Dr. Alvarado.

No estamos en posesión de los datos biográficos del que fué uno de nuestros maestros más queridos y amigo personal más respetado, pero esperamos obtenerlos pronto para dejar consignados en la «*Crónica*» los hechos principales de su meritoria vida. Hoy nos limitamos á enviar nuestra condolencia no sólo á los estimables miembros de su familia, sino á la Sociedad Potosina que ha perdido en el Dr. Alvarado uno de sus miembros más distinguidos y honorables.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, AGOSTO 1º DE 1904. NÚM. 8.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION VI.

PALUDISMO.

FORMAS DEL PLASMODIUM.

PERIODICIDAS.—ELECCIÓN DE SALES QUÍNICAS.

A la cabecera de un impaludado preocúpase el médico por resolver tres puntos: á qué tipo de periodicidad pertenece el caso para precisar el momento oportuno de la administración de la quinina; la elección de esta sal, y cuáles son los órganos que más directamente están sufriendo la acción del paludismo.

Por justo y honrado he seguido observando escrupulosamente esto último; pero he juzgado inservibles muletillas á los dos primeros puntos y los he arrojado por la espalda.

Siguiendo en otro tiempo la regla de fijar primeramente el tipo á que pertenecía el acceso para ministrar con 5 ó 6 horas de anticipación la sal quínica, absteníame de dar este medicamento en el acceso que presenciaba, limitándome á usar algún defervescente, tónicos, sudoríficos, refrescantes, purgantes, etc.; la letanía rutinaria. Y oía repetir hasta la saciedad: la excitación que produce la quinina se suma con la que produce la fiebre . . . . . Y haciendo una reverencia á Hanneman esperaba pacientemente la *continuación*.

Pero tuve que ejercer en un medio esencialmente palúdico donde los accesos solían ser únicos y precursores de la muerte; entonces olvidé muletillas y comencé á administrar la quinina durante el acceso y desde cualquiera de sus estadios. Usaba, sin embargo, la quinina asociada á un defervescente; pero como viera que ningún peligro traían sin ese las inyecciones hipodérmicas de

quinina, acabé por ensayar con satisfactorio resultado la quinina sola, [1] en cualquier período del acceso y prescindiendo del tipo, ya fuera terciano ó cuartano ó cuotidiano.

Graves fracasos lamenté por la elección de sales, adecuando el compuesto al cuadro sintomático que se presentaba: valerianato de quinina en las formas neurálgicas; bromhidrato en las convulsivas; ferrocianato en los anémicos, euquinina en los niños, etc., etc. Y el resultado vino á ser una severa selección de las sales más activas, sin relacionarlas con la modalidad del ataque, buscando por otro camino corregir estas manifestaciones.

Pero ¿ha presidido en todo esto la casualidad obrando por mano de la necesidad? Sí, para mí, porque partía de un error en el cual estaba devotamente aferrado: el polimorfismo del hematozoario, ó mejor dicho, del *plasmodium malariae hominis*, en *necesaria relación* con el tipo de los accesos.

Admitido como credo entre los autores que estuvieron á mi alcance la directa relación de causalidad entre el tipo periódico del acceso y la forma del plasmodium; el *precox* para la cuotidiana; el *vivax* para la terciana, etc., y que á fin de sorprender al hematozoario en su invasora difusión era preciso poner de acuerdo ese momento con el del máximum de acción de las sales quínicas ingeridas; admitido todo esto, repito, era lógico obrar como se obraba. Pero desde que he tenido á mi disposición—gracias al progresista Consejo Superior de Salubridad—los medios suficientes para llevar á cabo la rectificación de ese falso concepto, he visto comprobado por el examen microscópico, diario y repetido de la sangre de impaludados, que un mismo sujeto, sin variar la periodicidad de sus accesos presenta, ya el plasmodium precox, ya el vivax; y que en un mismo espécimen se registran plasmodios endo y extraglobulares, cuerpos en rosa y flagelados. No siempre los he hallado todos precisamente en un sujeto, pero entre cinco casos del tipo cuotidiano, siempre que no sean los primeros accesos, rigurosamente hablando, puede registrarse toda la serie, principalmente en los caquécticos. Y para comprobar esta verdad no es tan indispensable el examen microscópico directo, bastando buscar la razón de ser en las mismas leyes biológico-químicas ineludibles.

Si la fiebre palúdica es causada (hecho innegable) por la presencia de los plasmodios malarígenos en la sangre, y cualquiera de sus formas de evolución determina esta fiebre, claro está que no son las formas el enemigo que debe combatirse sino al *plasmodium* en general, ora tenga la forma semilunar, ora la de roseta. Y si el mismo medicamento extingue la vida de unas y de otras y si este medicamento circula hasta donde quiera el plasmodio se refugie, claro está también que el medicamento deberá darse no importa en qué momento, sino lo más pronto posible.

En cuanto á la correlación que exista entre las formas del hematozoario y el tipo de periodicidad de los accesos, comprobada de la unidad entomológica del plasmodium, absolutamente no se explica, sino atribuyendo á éste una toxicidad desarrollada en el momento de la evolución y por el solo hecho de verificarse ésta. Así para mayor claridad: debería estar comprobado que el plasmodium al pasar de la forma de amebo libre *(Plasmodium vivax* forma terciana) á la endoglobular *plasmo-malariae,* forma cuartana), aumentaba de toxicidad; pero la experiencia demuestra que las perturbaciones producidas

1 Sobre este punto me prometo hacer más adelante la exposición de mis ideas.

por la economía por ambos tipos, son equivalentes. Además, admitiendo esta ley, resultaría que el plasmodium en sus últimas evoluciones sería más patógeno, más tóxico que en la primera, lo cual en realidad no sucede, pues se verifica á la inversa.

Que la evolución en una forma tarda 24 horas y en otra 48, si esta sola forma fuera el tipo de la evolución, podría fundar la ley de: «*Cuando el plasmodium evoluciona en la forma N* (precox, v. g.), *el tipo es cuotidiano.*» Pero esto contradice las leyes biológicas conocidas, pues hasta ahora no se ha demostrado que el plasmodium reduzca su ciclo evolutivo á una sola forma, el examen microscópico prueba todo lo contrario, y ningún autor—que á mis noticias haya llegado—señala esta limitación evolutiva.

En mi concepto, es en el medio más ó menos resistente á la reproducción —no á la forma evolutiva que siempre es la misma—y en otras complejas circunstancias, en donde debe buscarse la razón de ser de estos lapsus de tiempo para la saturación.

Si se examina la sangre de un individuo atacado de cuotidianas, se verán al microscopio casi todas las formas, á condición, sin embargo, de que no haya tomado quinina y de que el impaludismo date de una ó dos semanas. Y lo mismo en otro que sufra las tercianas ó las cuartanas, ó que no tenga manifestación alguna de la *fiebre* palúdica, con tal que haya vivido algún tiempo en país palúdico. Por lo demás, dudo mucho que se haya llegado á comprobar que el plasmodium tarde 48 horas para evolucionar de la forma *precox* á la forma *vivax* y 72 para llegar á la endoglobular.

Para mí es evidente que el acceso se produce cada vez que hay saturación, cada vez que se rebasa el límite de la tolerancia orgánica.

Comprobada la unidad entomológica del plasmodium, y que al máximum de su reproducción corresponden los períodos febriles, nada tiene que ver la forma como tal, en la regularización de ese lapso de tiempo. Ese lapso será más ó menos largo, ó corto hasta pasar inadvertido, según el tiempo que dilate en saturarse el organismo, pero no importa la forma del plasmodium; pues esa dilación obedece á la mayor ó menor resistencia que ofrezca á la vida del plasmodium el medio ambiente en que se desarrolla. Pero esa resistencia es condicional, y hay que tomar en cuenta otros factores.

En un individuo vigoroso, el primer ataque de paludismo, manifiesto, se produce en un medio rico en elementos nutritivos; el plasmodium halla todo lo que necesita para su vida; y ejerce con vigor sus funciones reproductivas. La evolución tarda 24 horas en verificarse, y como evolución es reproducción; un nuevo acceso se produce. Y así hasta el momento en que agotado el organismo, empobrecida la sangre por el menor número de elementos hospitalarios, el plasmodium va encontrando más dificultades para la reproducción y el lapso de saturación orgánica es más largo, 48 horas, por ejemplo. Después vendrá el tipo cuartano y al fin la caquexia con sus fiebrecitas vesperales irregulares, en períodos hasta de un mes.

Pero en otros casos, en el individuo vigoroso reacciona el organismo: los fagocitos destruyen tal número de plasmodios que éstos no pueden llegar á saturar la sangre. Entonces no hay tipo fijo; de tiempo en tiempo el impaludado acusará dolor cervical, ó general en todas las articulaciones, etc., etc.: eso que llamamos *quebrantamiento del cuerpo*. Y un día llega en que vencida la resistencia el individuo presenta la caquexia. ¿A cuál forma del plasmodio vamos á acusar? . . . .

Y este mismo individuo emprende su curación. Toma quinina, arsenicales, estrícnicos, etc.; pero en tan pequeña cantidad, que sólo obran como tónicos. ¿Se alejan más los accesos? ¿mejora el individuo? La reflexión diría que sí; la experiencia demuestra lo contrario: el individuo empeora; sufre entonces verdaderos ataques, tercianos ó cuotidianos, no importa, pero ataques febriles manifiestos. Es que, sin alcanzar la quinina á destruir los hematozoarios, sólo ha provocado con los demás tónicos el aumento en el número de las hematíes, es decir, el de los cuerpos hospitalarios, donde su evolución halla nuevo y rico campo.

Esto lo ve á diario todo aquel que ejerce en las tierras maláricas. De ahí las frases que á diario escuchamos: «*las calenturas mansas aumentan con el quinino*»—«*tomé quinino y me dieron calenturas*»—«*mejor que quinino, vino*» (es decir, deprimentes que conservan latente el mal).

De los razonamientos que he aducido me atrevo á deducir las siguientes conclusiones:

1ª La evolución del *plasmodium malariæ* en su forma, es independiente de la resistencia del medio.

2ª La reproducción ó multiplicación del plasmodio está subordinada á la riqueza de la sangre en el número de sus hematíes y á las perturbaciones del equilibrio funcional del organismo.

3ª La periodicidad en los ataques palúdicos traduce el momento de la saturación del medio *sangre* por el *plasmodium malariæ*.

4ª Todas las formas del *plasmodium* son igualmente tóxicas.

Pero al dar fin á estos dislocados conceptos, ocúrreme una objeción: si el acceso palúdico es la traducción de la saturación de la sangre, ó de que se ha rebasado el máximum compatible con la salud, ¿por qué este máximum no continúa en ascensión directa, como sería lógico suponerlo, dado que la resistencia orgánica está vencida y el microzoario es dueño del campo? ¿Por qué ley ese máximum vuelve al mínimum? O en otros términos: ¿por qué con aumento de los progenitores la generación decrece y numéricamente disminuye?

Encuentro sin embargo la solución muy llana, y casi estoy tentado de no exponerla, por vulgar y sabida: la competencia mata, el número de consumidores perece cuando el medio en que viven no puede sustentarlos á todos. Y el organismo atacado reacciona también por medio de su defensa fagocitaria y por la acción salvadora de sus antitoxinas. Esto nos dice la observación en la bacilosis ebertiana, en la estreptococcia erisipelatosa, etc., etc.

Y cabe aquí recordar lo que se ve cuando se examina la sangre de un impaludado, algunas horas después del ataque (preparación D). Vense en los glóbulos rojos las formas más resistentes (endoglobulares) y á su lado por donde quiera cuerpos pigmentarios, cadáveres de plasmodios que perecieron en el pasado combate.

La ausencia en estos casos, de las formas en rosa y otras, ¿habrá dado origen á la teoría que liga la forma con el tipo de periodicidad del acceso?...

La elección de sales quínicas no ofrece dificultad desde el momento en que con ellas no se busca sino la extinción del hematozoario. He dicho que pretender tratar á la vez el paludismo y corregir la forma que reviste en el caso dado, con una sal de quinina, el bromhidrato, v. gr., para la forma convulsiva, ó el arseniato en los casos de anemia concomitante, es cometer un yerro de trascendencia.

El bromhidrato es una sal pobre en quinina y con ella se corre el peligro de dejar correr el paludismo á su funesto desenlace, mientras el arseniato no puede darse en cantidades suficientes para obrar como sal quínica sin correr el peligro de un envenamiento.

En mi práctica he reducido la cuestión á la siguiente fórmula: dar la sal más rica en quinina, la más soluble y la más adecuada al estado del estómago; y prescribo invariablemente el clorhidrosulfato ó el sulfato neutro de quinina, según el estado manifiesto de acidez del estómago. Y á fin de reducir al mínimum la duración del estadío febril, si obro en este estadío ó muy cerca de él, prescribo á la vez la acetanilida.

Como al acceso palúdico se sigue casi siempre una caída del tono nervioso, prescribo igualmente asociadas la cafeina y la estricnina. En resumen, he aquí mi fórmula para administrarse en el estadío de calor ó muy cerca de él:

Clorhidrosulfato ó sulfato de quinina	1 gramo.
Acetanilida	0.40
Cafeina	0.05
Sulfato de estricnina	0.002

Mézclese el polvo y divídase en 6 cápsulas para tomar 2 cada media hora.

Suprimo en los demás estadíos la acetanilida.

Creo inútil manifestar que sigo usando en casos de intolerancia ó de urgencia, la vía hipodérmica, como recurso clásico.

En cuanto al síndroma clínico que acompaña á estas fiebres, confieso que sólo me preocupan secundariamente ó cuando el paludismo hace sufrir órganos de vital importancia ó que produzcan dolor intolerable, el mismo día en que comienzó mi tratamiento. Si después de una dosis suficiente de quinina, algún órgano continúa revelando el padecimiento anunciado, entonces no descuido obrar con energía.

Véase el por qué en los siguientes casos que brevemente describiré:

J. Z., primípara, después de cuatro días del parto presenta agudos dolores de vientre, temperatura 40°, y me refieren que tuvo violento escalofrío. Al examen, el vientre está meteorizado y doloroso hasta no permitir la palpación. Como en todos los habitantes de este puerto, antecedentes palúdicos. Pero el parto fué feliz; se hacían lavados asépticos á la vagina, y la enferma se creía en buena marcha á la salud. Atribuyo aquel cuadro á fenómenos sépticos, y, por una feliz monomanía, asocio á mi tratamiento un gramo de quinina con la asociación de acetanilida, etc. Preocupado por mi enferma, vuelvo á verla por la tarde, nueve horas después, y la hallo *perfectamente bien*. El examen que entonces hago del vientre, me demuestra que en la matriz y anexos ningún padecimiento existe, fuera del estado peculiar á su reciente trabajo. Al siguiente día la fiebre vuelve, pero breve y sin la alta temperatura de la

víspera, aunque con parecidos dolores y timpanismo ventral. Reduzco la alimentación, suprimiendo la carne; y con otras dosis de quinina la enferma ha curado.

B. E., mujer excesivamente trabajadora y de 56 años, viene alarmadísima á consultarme sobre la frecuencia de sus pulmonías. Era mi devota cliente, y durante una ausencia mía de este puerto, la atendió otro médico, diagnosticando pulmonía dos veces en el espacio de dos meses. La tranquilicé, asegurándole que al volver la tercera pulmonía la curaría yo radicalmente. Esta se presentó tres días después de aquella entrevista; pero ¿á qué describir aquí el cuadro de una neumonía de rápida invasión? Tomé sangre y recogí los esputos de la paciente, aquellos que me parecieron más característicos, é hice preparaciones que, examinadas al microscopio, mostraron: en la sangre, los plasmodios de la malaria en sus variadas formas, excepto las en margarita; en los esputos una flora variadísima, algunos neumobacilos y muy raros (tres en toda la preparación) cocobacilos. Tratamiento clásico del paludismo, asepsia de la boca, purgante y gránulos de sulfhidral. Duración de la *pulmonía* (!), un día.

J. S., carnicero (tablajero) de oficio, 43 años. Ha hecho una expedición á caballo durante un día, corriendo reses bajo el sol de nuestra costa, y cae en cama quejándose de dolor de costado, bajo la región cardíaca y en una zona que envuelve la espalda izquierda y el hombro del mismo lado. Al examen hallo macicez en las regiones dichas, movimientos tumultuosos del corazón, rales traqueales y el vientre meteorizado. Esputos normales, temperatura 39°2 y cefalalgia intensa. Este caso fué tratado dos años después que el anterior, teniendo yo un poco más de práctica en estos duelos de engañosos escarceos; pero en esos días la desecación del lago de Cuyutlán presentaba al viento una superficie salitrosa, cuyos polvos tenían maltrechas las vías aéreas de todos los habitantes del puerto, y ya había comprobado casos de tos ferina y de gripa.

Sin embargo, obré como en los anteriores: quinina á dosis alta, digitalina y asepsia de la boca, con un julepe al benzoato de sosa. Examen de la sangre y de los esputos: igual al anterior. Pero al siguiente día hallo á mi enfermo más malo: la dispnea ha aumentado y el enfermo tiene 39° de temperatura. Los esputos son rojizos ya en este día. Hago nuevo examen de éstos y de la sangre, y, con excepción de multitud de glóbulos rojos extravasados en los esputos, el campo se manifiesta lo mismo que el día anterior. Busco en vano por cuidadosas coloraciones los neumococos: no existen en proporción ni siquiera de hacer fácil su hallazgo en la preparación.

Ya me sé en estos casos lo que pasa: el enfermo no toma la quinina; pero esa misma mañana vuelvo á verlo y le pongo dos inyecciones hipodérmicas de clorhidrosulfato de quinina, y.... el estribillo de todos: curación de la neumonía á las 24 horas.

Omito referir casos de disentería, de meningitis, abscesos hepáticos, leucorreas, etc., diagnosticados por médicos serios, y que no han llegado á curar hasta la aplicación de la quinina.

¿Qué hubiera pasado si en los casos referidos hubiera dedicado toda mi atención á combatir las aparentes septicemia y pulmonía? Quizá hubiera conseguido, inquietando é irritando los órganos genitales, que necesitaban reposo, desarrollar una verdadera septicemia á poco de favorecer la vida de los micropiógenos; y con el empeño de curar la neumonía, la hubiera traído á su punto, provocando con innecesarios medicamentos la congestión pulmonar, etc., etc.

Pero ¿es que no hay pulmonías en las tierras palúdicas? Sí las hay, pero son la excepción en Manzanillo, donde no existen variaciones rápidas de la temperatura y el aire está excepcionalmente cargado de polvos irritantes; donde, en fin, falta uno de los principales elementos, el huevo primordial, la fuente de infección; pues sabido es que la neumonía tiene mucho de infecciosa.

Por lo demás, unas cuantas horas de observación, bajo la medicación quínica, muy poco perjudica al enfermo.

Pero en el supuesto que combato, si buscando en la combinación de las sales quínicas la adecuación del medicamento á la enfermedad y síntomas, prescribo: en el primer caso, salicilato de quinina, v. gr., y en los otros el bromhidrato de quinina ó el valerianato, la duda se hubiera perpetuado y me hubiera inducido á error la persistencia de la fiebre.

En los países palúdicos, toda enfermedad febril debe tener como base del tratamiento la administración de una dosis suficiente de las más activas sales de quinina: la corrección de los síntomas concomitantes debe emprenderse 8 ó 10 horas después.

Y, lo repito, sólo tiene este precepto una excepción: el dolor intolerable, la asfixia ó la irregularidad cardíaca. Pero en estos casos, la medicación sintomática seguirá, pero no precederá á la medicación principal: administrar la quinina.

Manzanillo, Junio de 1904.

DR. J. FRANCISCO ROMERO.

SECCIÓN XI.

LA CELIORRAFIA ANTERIOR

POR EL

DR. RICARDO SUAREZ GAMBOA.

Muchos años ha que, en la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, trabajo y lucho en pro de los métodos superiores, para la gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas intra-abdominales. LAPAROTOMISTA, por razonamiento y por convicción, siempre he procurado limitar mis COLPOTOMÍAS en todo el límite de lo posible, y mis libros de clínica abdominal están atestados de observaciones de LAPAROTOMÍAS y bien desprovistos de operaciones por la vía baja, es decir, de COLPOTOMÍAS. No es mi ánimo sostener aquí el peso de mis argumentos, ni debatir el de los COLPOTOMISTAS; bástame señalar con satisfacción profunda que en la ESCUELA DE MÉXICO, la LAPAROTOMÍA comienza á tomar el lugar PRIMORDIAL que le corresponde, y que en el último Congreso Universal de CIENCIAS MÉDICAS, celebrado recientemente en MADRID, las ideas de los LAPAROTOMISTAS primaron en abundancia.

Campeón decidido en la vía trans-abdominal, traigo hoy al público médico el resultado de *cien observaciones de sutura abdominal después de la Laparotomia*, con un resultado verdaderamente halagador. Es decir, con *cien curaciones absolutas*.

Los resultados dudosos de los métodos actualmente conocidos para suturar las paredes del vientre, una vez incindidas, habían sostenido hasta la fecha un gran reproche á los métodos quirúrgicos altos: EL PELIGRO DE LAS EVENTRACIONES TARDÍAS. Y hay que convenir en que este reproche ha sido fundado y merecido. Quien no haya asistido al desastre físico y moral que en los enfermos y en la reputación de los Operadores ocasionan estos accidentes tardíos, francamente imputables á la intervención quirúrgica, no podrá conocer todo el alcance grave que tiene la EVENTRACIÓN POST-OPERATORIA. Quienes los hayan palpado bien de cerca, me comprenderán á maravilla.

Y entonces aceptarán que, altamente preocupado por tan importante cuestión, haya yo emprendido serios estudios sobre este tema y lo haya elegido para escribir algunas palabras.

Mis estadísticas comprenden varias series y varias épocas. He procurado seguir muy de cerca mis operadas abdominales y he palpado, por desgracia, multitud de veces, los grandes inconvenientes que tienen los principales métodos de *sutura abdominal*, actualmente recomendados.

De aquí que no sea ni ánimo combatir métodos ni debatir teorías; tengo un argumento poderoso para convencer á todos los Cirujanos, de la verdad de mis aserciones: LA PRÁCTICA PARTICULAR DE CADA OPERADOR. A ella acudo, á la *experiencia propia* de cada Cirujano dejo la triste labor de irlo desencantando acerca de los *métodos actuales de sutura abdominal después de la Laparotomia*. Y si después de tan rudas enseñanzas, cabe en la mente de algún operador la intención de leer mis ideas propias y de ensayar la técnica final de mi enseñanza clínica, consideraré altamente recompensados mis esfuerzos y perfectamente satisfecha mi ambición. Y si es á mi libro de Operaciones, resumen claro é indiscutible de los éxitos en mi técnica en la Celiorrafia anterior, adonde su interés se dirigiere, encontrarán siempre franca la oportunidad de consultarlo, confirmarlo y meditarlo.—La serie de actas que he cuidado levantar, pletórica de firmas respetablemente conocidas, constituyen mi estadística, mis estudios y mi fe.

* * *

La CELIORRAFIA ANTERIOR es la operación que consiste en rehacer, por medio de la sutura, la pared abdominal anterior incindida en todo su espesor.

Según que se practique esta operación sobre la línea media del abdomen, en la región denominada *la línea blanca*, ó sobre los bordes laterales externos de los músculos rectos anteriores del abdomen, esta CELIORRAFIA ANTERIOR tomará las designaciones de:

CELIORRAFIA ANTERIOR MEDIANA.
CELIORRAFIA ANTERIOR LATERALIZADA.

La primera, la CELIORRAFIA ANTERIOR MEDIANA, es la más frecuentemente empleada en Cirugía y la más importante para nosotros. La segunda reviste el carácter de excepcional y tiende á ser abandonada.

La HISTORIA de la *Celiorrafia* se confunde con la historia de la *Laparoto-*

mía. Queda fuera de duda que los primeros Cirujanos que recurrieron á la abertura del abdomen con un fin terapéutico, tuvieron que terminar sus intervenciones con la oclusión de la cavidad peritoneal y la reparación de la herida tegumentosa. Y nó menos bien definido queda, que la historia de la *sutura abdominal después de la Laparotomía*, siguió á esta última operación en todas sus alternativas de prestigio y desprestigio, por las que fué sucesivamente atravesando. Es, en consecuencia, en los primeros orígenes de la *Laparotomía* bien conocidos, en los que hay que ir á buscar los comienzos dé la CELIORRAFIA ANTERIOR. No debo insistir, pues, sobre este particular.

Los progresos de la Cirugía abdominal, multiplicando el número de LAPAROTOMÍAS y de análisis post-operatorios, comenzaron á llamar vigorosamente la atención de los operadores sobre la importancia de la SUTURA ABDOMINAL DESPUÉS DE LA LAPAROTOMÍA, y los libros nuevos, las revistas especiales y los Congresos ginecológicos, atestiguaron que la atención médica se había despertado sobre el mecanismo de la sutura en la herida mediana abdominal y sobre el tratamiento ulterior de ella. Es entonces cuando aparecen los trabajos de *Schoefer* y *Keher;* de *Prior* y *Queirel;* de *Latzco;* de *Wylie* y de *Amann;* es cuando *Piccoli* de Lendinara publica sus artículos y llama la atención sobre el tema que nos ocupa, y que se publican los escritos del Cirujano de Leipzig, *G. Abel;* los del Operador del INSTITUTO IMPERIAL de San Petersburgo, *N. Ratchynsky;* los de *G. Carcano*, Cirujano del Hospital «GARIBALDI,» en Santa Fe; los de *Ch. P. Noble*, en el periódico americano «The Boston Medical Journal;» y los de tantos otros cuyos nombres no anoto por no hacer larga y penosa esta lista de autores extranjeros. En cuanto á nosotros, los Cirujanos mexicanos, no hemos permanecido extraños á tan importante cuestión actual, y las discusiones del III Congreso Pan-Americano, celebrado en nuestra Capital, y los trabajos de Villarreal, de Hurtado, de Urrutia y de tantos otros, y las acaloradas sesiones habidas en nuestra Academia Nacional de Medicina cuando este punto palpitante se ha tratado, indican claramente la importancia que aquí damos á tan notable detalle de técnica quirúrgica abdominal. En cuanto á lo que á mí atañe, permítaseme declarar que desde que en el año de 1899 publiqué mi primer tomo de MONOGRAFIAS DE CLÍNICA QUIRÚRGICA, me ocupo activamente de la cuestión.

Para terminar diré que es tanta la importancia que actualmente le concedemos en Cirugía á la SUTURA ABDOMINAL DESPUÉS DE LA LAPAROTOMÍA; que es tanto el interés que su técnica despierta entre los operadores actuales; que tiene tanta trascendencia en el ejercicio de las operaciones abdominales por la vía superior; que la técnica de esta sutura es de tal modo especial y su tratamiento clínico tiene tal autonomía, que no he vacilado en abrirle partida especial en el Registro de las clásicas operaciones ginecológicas, constituyendo con ella una entidad quirúrgica pura, bien definida, bien aislada, bien característica como tipo de operación especial, y designándola en su personalidad nueva bajo el epígrafe que encabeza mi trabajo, á saber, bajo el de CELIORRAFIA ANTERIOR.

FISIOLOGIA CLINICA.

Ante la división completa de la pared abdominal anterior, el cirujano que se alista á ejecutar la CELIORRAFIA debe preocuparse, ante todo, por llenar dos grandes indicaciones:

Primera.—Rehacer, anatómica y funcionalmente, la pared abdominal incindida, dejando los tejidos reunidos, en condiciones estrictamente favorables para la cicatrización.

Segunda.—Dejar una cicatriz que llene todas las exigencias futuras del buen funcionamiento de la región anterior del abdomen.

La primera cuestión comprende tres grandes indicaciones, que son: *Proteger la cavidad peritoneal de los líquidos ó excreciones de la herida; colocar los tejidos vivos en circunstancias útiles para la cicatrización; y proteger la cicatrización contra los peligros mecánicos y biológicos del exterior.*

Se comprende desde luego que la *protección de la cavidad peritoneal* sea cosa fácil y sencilla. Las aptitudes cicatriciales vivas de todas las serosas, la facilidad del afrontamiento en casi todas las regiones del peritoneo parietal, parecen ofrecerse por sí mismas para llenar esta indicación. La sutura peritoneal, fácil y sencilla, cierra admirablemente la cavidad y la protege satisfactoriamente.

La *colocación de los bordes de la herida en buenas condiciones de cicatrización*, no trae novedad á las indicaciones conocidas en la generalidad de las suturas. Una buena hemostasis, un afrontamiento perfecto y total, la ausencia de cuerpos extraños y el reposo de las superficies puestas en contacto, aseguran bien la evolución de los tejidos de cicatriz. La protección del metabolismo cicatricial en todo el espesor de la herida, se obtiene por medio de la sutura perfecta de la piel, que *aisla la profundidad, de las causas exteriores de destrucción biológica*, y por medio de la curación, que *protege la sutura cutánea.*

Se ve que la solución de la primera indicación planteada, es fácil de obtener. La aplicación, al caso concreto, de las reglas generales de las suturas, no son difíciles de ejecutar.

El estudio del resultado ulterior de la cicatrización, en la herida abdominal, nos conduce á la formación de una *cicatrización perpetua.* Esta cicatriz, llamada á existir constantemente en el espesor de la pared abdominal anterior, debe llenar multitud de condiciones, entre las que descuella de un modo brillante *la cualidad de ser absolutamente resistente.*

La RESISTENCIA, constante y tenaz, al nivel de la cicatriz abdominal, *es la base del porvenir operatorio de todas las enfermas tratadas por la* LAPAROTOMÍA. Es el resultado mayor que el cirujano debe procurar buscar, al ejecutar la CELIORRAFIA ANTERIOR. Una cicatriz abdominal que ceda en algún punto de su trayecto, que se debilita ó se deja distender, aniquila las funciones de la pared anterior del abdomen.

Se puede decir que en el abdomen hay constantemente dos fuerzas en acción: una que surge de dentro á afuera; otra que marcha de fuera á adentro. La primera, producida por la tonicidad propia de las vísceras digestivas principales, por la propagación de las presiones respiratorias superiores y por la expansión de los productos gaseosos contenidos en todo el tubo intestinal. La segunda, producida por la tonicidad de los músculos abdominales anteriores y por los esfuerzos voluntarios de la PRENSA ABDOMINAL.

La destrucción combinada de estas dos fuerzas antagónicas, la de dentro á afuera y la de fuera á adentro, hace que las vísceras abdominales funcionen regularmente y que se mantengan en perfecto equilibrio de situación.

La producción de una solución de continuidad en el espesor de la pared abdominal, en cualquier punto de ella, rompe esta armonía mecánica del equilibrio abdominal, y las fuerzas emergentes, encontrando un sitio privado de

resistencia, salen por ahí arrastrando vísceras y tejidos. El resultado de este fenómeno, en Medicina, se llama HERNIA.

La producción de la hernia es un accidente constante en la ruptura de la relación normal que debe existir siempre entre la potencia y la resistencia, en todos los puntos de las paredes abdominales.

Cuando la solución de continuidad, al nivel de la pared abdominal, se halla reemplazada por la producción de un tejido fuerte y resistente, la estática abdominal continúa inalterable. Este tejido cicatricial deberá ser no solamente fuerte el día de su producción, sino continuar constantemente con la misma aptitud de resistencia. Esta máxima nos obliga á rechazar desde luego todas las cicatrices anchas en el final de las heridas abdominales. Sabemos que el tejido cicatricial ancho, á medida que con el tiempo disminuye de espesor, va disminuyendo de resistencia.

Es, pues, á la RESISTENCIA, fenómeno capital de la cicatriz abdominal, á donde debemos dirigir todos nuestros esfuerzos y donde debemos concentrar toda nuestra atención.

Para obtener una cicatriz·RESISTENTE, debemos *producirla por medio de tejidos resistentes.* Nunca los tejidos suaves y fláccidos, cicatrizados, producirán una cicatriz fuerte y sólida. El tejido celular, el muscular ó el elástico, nunca permitirán resistencia á sus cicatrices. Los tejidos huesosos ó fibrosos son, por el contrario, los tipos de tejidos que permiten la producción en ellos de cicatrices sólidas.

Veamos con qué tejidos contamos, al nivel de la división de la pared abdominal anterior, para obtener la futura cicatriz. Estos tejidos se hallan aquí repartidos en cuatro capas principales:

I.—*Peritoneo.*
II.—*Capa muscular.*
III.—*Capa aponeurótica;* y
IV.—*Capa cutánea.*

La sutura del peritoneo no nos dará nunca una cicatriz resistente. El peritoneo, esencialmente extensible, producirá cicatrices rápidas y aun anchas; pero resistentes, jamás. La menor presión lo distiende y afloja; y basta recordar cómo el testículo en su emigración, lo arrastra y estira enormemente; cómo las hernias lo transforman en una bolsa fláccida y larga, y cómo los grandes tumores lo elongan enormemente, para que *toda nuestra confianza hacia él, como órgano de resistencia, desaparezca.*

La capa muscular abdominal anterior, hacia la línea media, está constituida únicamente por la contigüidad de los dos músculos RECTOS ANTERIORES. Y fíjese bien que digo por la *contigüidad.* Es precisamente por el intersticio celuloso flojo, que une los bordes internos de los dos músculos RECTOS ANTERIORES, por donde el cirujano abre más comunmente la cavidad abdominal. Es con estos dos bordes paralelos con los que hay que procurar buscar una cicatriz resistente y sólida. Las fibras musculares colocadas en los músculos RECTOS, tienen una dirección longitudinal, paralela á los bordes de la herida. Los haces de fibras musculares, unidos por tejido celular flojo, se disocian con extraordinaria facilidad. Basta tomar la aguja, pasar algunos puntos de sutura de músculo á músculo y apretar los hilos. El afrontamiento muscular se verifica fácilmente; pero el músculo en su totalidad no acude á la presión del hilo: UN HAZ MUSCULAR SE DESGARRA, SE SEPARA DEL RESTO DEL MÚSCULO Y VIENE Á LA SUTURA.

Queda un punto desgarrado, abierto, inerte, flojo. Las fibras musculares se disocian con extraordinaria franqueza. El músculo resiste admirablemente las presiones verificadas en el sentido de la dirección de sus fibras; pero es absolutamente incapaz de resistir á la disociación expansiva de ellas. Basta recordar las grandes cavidades que los hematomas intramusculares producen; basta calcular cómo los abscesos abren y disocian las fibras de los músculos y cómo las hernias se producen á través del tejido muscular, para perder toda nuestra fe en la resistencia á la disociación del tejido muscular. Podemos, pues, asentar *que no será con los bordes de los músculos* RECTOS ANTERIORES *con lo que podamos obtener una cicatriz sólida y resistente en la* CELIORRAFIA ANTERIOR.

Si consideramos la capa cutánea abdominal, reconoceremos desde luego que *la piel, órgano esencialmente elástico y móvil, no es el llamado para resistir presiones intensas y continuadas.*

El *plano aponeurótico anterior*, en el abdomen, formado esencialmente en la línea media por el desdoblamiento de la gran aponeurosis del músculo *gran oblicuo*, es una ancha y poderosa zona constituída por tejido fibroso del más puro y bien condensado retículo. Da la idea de un gran tendón ancho y sumamente resistente. *Aquí sí encontramos bien definidas las condiciones de resistencia que buscamos.* Esta capa fibrosa, *inextensible, sólida y muy resistente*, es la única susceptible de soportar con ventaja todas las presiones abdominales desarrolladas aun durante los más grandes esfuerzos. *Es á expensas de ella que debemos rehacer, durante la Celiorrafia anterior, las virtudes de resistencia y de fuerza del abdomen. La sutura de la aponeurosis en sí misma encierra todo el porvenir de la Celiorrafia anterior.*

En efecto, la reunión de las otras tres capas que constituyen la pared anterior del vientre, es decir, el peritoneo, los músculos y la piel, no podrá nunca ofrecer la menor garantía seria de resistencia. Igual cosa podremos asentar respecto á la reunión heterogénea de los diversos planos abdominales combinados entre sí. Si reunimos aponeurosis con músculo, como he visto hacer á Doyen, lo único que obtendremos será debilitar la única capa formal de resistencia que hay en la pared del abdomen. La sutura heterogénea es la más peligrosa de todas.

Nuestra tendencia será producir una buena reunión de la herida aponeurótica. Es preciso no solamente conformarse con una reunión sencilla de los bordes de la incisión de la aponeurosis, sino esforzarnos en hacer esta reunión amplia, sólida y durable. El borde de la sección aponeurótica no ofrece, á mi entender, suficientes garantías para producir una cicatriz aponeurótica fuerte, y he creído más práctico, más sólido, el afrontamiento de la aponeurosis, por su cara anterior, en una zona como de cinco á seis milímetros. De este modo, en vez de una cicatriz aponeurótica lineal, se obtiene una cicatriz aponeurótica ancha y reforzada. Siendo el tejido fibroso lento en producir una cicatriz suficientemente sólida, en la aponeurosis se hace preciso *sostener el hilo de sutura por un plazo no menor de quince días.*

(Concluirá.)

Véase NOTA relativo á este trabajo en la última página.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LAS DIVERSAS INDICACIONES Y APLICACIONES DEL SULFURO DE CALCIUM.

SULFHIDRAL.

Poco tiempo hace que con motivo de indicar yo en el seno de una apreciable familia cuyos niños se hallaban atacados por el sarampión, el uso del Sulfhidral, como medio profiláctico y el más indicado durante la evolución de la enfermedad, el ilustrado colega que los atendía confesaba no conocer bastante los efectos terapéuticos de este medicamento, que hace algunos años en verdad, ingresó al arsenal de la Terapéutica moderna con sus cartas de presentación visadas por la clínica y el método experimental, es decir, por la puerta única, abierta á los medicamentos y agentes dignos de ese nombre y vedada á las especialidades y panaceas, hijas del mercantilismo dominante en nuestra época.

Mucho se ha escrito por doquiera sobre la acción del sulfuro de calcium, y en este periódico mismo son numerosos los artículos que sobre el mismo se han publicado. Es sin embargo tan abundante la literatura sobre este punto, que hoy mismo tropezamos con una serie de notas ú observaciones clínicas del Dr. Berchon, antiguo conocido de nuestros abonados, en que se pone de relieve la eficacia de esta medicación aceptada ya por la comprobación que á la cabecera del enfermo la ha sancionado. Pasemos una revista rápidamente á estas observaciones de allende el mar.

El autor comienza asentando que sólo se ocupará de los casos más notables y significativos de su práctica, y anotando que en todos ellos solamente ha hecho uso del SULFHIDRAL, ó sea del sulfuro de calcium químicamente puro, que es, como lo han demostrado los análisis, muy superior en riqueza de ácido sulfhídrico libre al sulfuro del comercio ordinario.

Observación Primera.—*Erisipela de repetición.*—La Sra B . . . . . de edad de 41 años, fué atacada y atendida hace unos 6 años de una erisipela de la cara grave y acompañada de delirio é intensa fiebre, que la pusieron en peligro de muerte, por la administración de un tubo diario de gránulos (probablemente de sulfuro de calcium) que la mejoraron rápidamente.

Su salud en seguida fué bastante buena y hasta hace 3 años sus reglas comenzaron á ser irregulares. Un año hace se suspendieron definitivamente y en Septiembre fué atacada de nuevo de una erisipela facial cuya evolución de 10 días fué normal. En Noviembre aparece de nuevo y con ayuda del Sulfhidral únicamente, lógrase reducir su duración, habiendo tomado del medicamento un gránulo cada media hora hasta su saturación y después uno tan sólo cada hora y media.

Durante un mes sigue tomando diez gránulos diarios y cuando las reglas aparecen en Diciembre, la erisipela no aparece ya.

Observación Segunda.—*Erisipela de la cara con bronco-neumonia doble intercurrente.*—Mad. G. . . . . de 32 años: se causa una contusión en un ojo en la oscuridad, escoriándose la piel. Lavados con una solución de ácido bórico.

Un día después, el 20 de Enero próximo pasado, la Sra. G. . . . . tiene un violento calofrío, cefalalgia, malestar y ligeras náuseas. A la inspección, enrojecimiento y edema de la piel sobre la nariz, con tendencia de extenderse simétricamente á los lados de ella. La temperatura es de 39°2: el bacilo de la erisipela ha penetrado evidentemente por la escoriación primitiva. Prescripción: Sedlitz granulado, una cucharada grande y lavados con solución bórica. Como agente principal y dominante Sulfhidral, un gránulo cada media hora, y cada hora para combatir la fiebre, un gránulo defervescente (aconitina, digitalina y estricnina).

El 21 y 22 avanza la erisipela, llega á la raíz de los cabellos, el cuero cabelludo está doloroso y la temperatura oscila entre 39°4 y 40°2 en la noche. Agitación y ligero delirio. Nueva dosis de Sedlitz exigida por el estado del vientre y continuación del mismo tratamiento, aunque con la modificación de administrar un gránulo defervescente cada media hora para dominar la fiebre. El Sulfhidral continúa buscando la saturación del organismo.

El 23 estado estacionario: la temperatura fluctúa entre 39°2 y 40°2. Vómitos ligeros. Hiosciamina cada cuarto de hora, seis gránulos.

El 24 temperatura de 38°8 á 39°8. Mejoría, la erisipela tiende á limitarse y á ceder: hay defervescencia que se mantiene hasta el 25 (38°4), pero la enferma comete una imprudencia, se levanta de la cama y va á beber agua fria en un descuido de la enfermera. En la noche, la temperatura sube 40°8 y á la auscultación se encuentran estertores finos en la base del pulmón derecho y un soplo claro. Prescripción: Sulfhidral, un gránulo cada media hora y cada hora uno defervescente.

El 26 se confirma el diagnóstico de bronco-neumonía, subiendo la temperatura de 40°4 á 41°2. Agitación, opresión y delirio. Igual tratamiento y además inyecciones de éter y de cafeina.

El 27 en la noche con 41°2, el pronóstico parece irremisiblemente fatal, pues la bronco-neumonía se ha extendido al otro lado. El tratamiento continúa con la misma energía sin embargo, las inyecciones se repiten y por deseos de la familia misma, se emplea el oxígeno en inhalaciones.

El 28 la gravedad persiste con aquel estado alarmantísimo, pero la medicación activa se sostiene con toda virilidad.

El 29 no obstante, aparece y se marca una mejoría sensible. La temperatura desciende á 39°4 y desde ese momento se obtiene ya la ansiada defervescencia. Desde el 1° de Febrero, es decir, desde el décimotercero día de la enfermedad, la temperatura oscila solamente entre 37° y 37°8 y pronto se establece una franca convalecencia, lográndose por fin su salud completa, tras aquella terrible tempestad.

En este caso clínico realmente notable, hace observar el autor la considerable cantidad de gránulos de Sulfhidral y defervescentes que llegó á ingerir la enferma, sin que el menor síntoma de intoxicación ó intolerancia se manifestase. La asociación llamada «defervescente» ó la trinidad dosimétrica, como la denominan los partidarios de la alcaloidoterapia dosimétrica, habían triunfado de la fiebre y el Sulfhidral del estado infeccioso en que se hallaba el organismo por la invasión microbiana del microbio de la erisipela y del neumococo. Para no ser ingratos, es preciso mencionar también el auxilio poderoso que en este caso, como en todos los análogos, prestó la *estricnina*, ese maravilloso tónico y reparador de las energías agotadas ó próximas á agotarse del organismo.

Observación Tercera.—*Angina granulosa ó glandulosa.*—Desde hace más de diez años el Sr. B . . . . . fumador exagerado, experimenta una sensación de picoteo en la garganta, y en las mañanas sobre todo, accesos de tos con expectoración de granos opacos y verdiosos, así como ronquera por la extensión de aquel estado flegmásico á la laringe. Esta angina ha resistido á las distintas medicaciones que se han empleado contra ella. El Dr. Berchon le prohibe fumar y le prescribe veinte gránulos ó sea un tubo diario de Sulfhidral durante algún tiempo.

Al cabo de dos meses el enfermo vuelve á su consulta completamente curado, tanto porque la supresión de la causa había hecho cesar el efecto, como porque el Sulfhidral había dominado la tos y la inflamación de las amígdalas. La continuación del sulfuro por algún tiempo más, un par de meses siquiera, á la dosis únicamente de seis gránulos al día, terminará de una manera definitiva la curación previniendo toda recaída.

Observación Cuarta.—*Angina herpética de repetición.*—La Srita. Th . . . . de edad de 26 años, padece desde hace tiempo en el momento en que aparecen sus reglas, una afección de la garganta que nada había podido dominar ni impedir. Convencida de ello, limítase á hacer gargarismos con clorato de potasa y á tomar en esas épocas unos sellos con quinina y antipirina.

En su octava angina es solicitado el Dr. Berchon, que encuentra á su enferma con un movimiento febril bastante intenso, con malestar general y con gran dificultad en la deglutición. El examen de la garganta revela sobre el velo del paladar y en las amígdalas unas vesículas grises, aisladas y circundadas de rojo. Las amígdalas están aumentadas de volumen y los ganglios del cuello dolorosos.

La prescripción es: un gránulo de Sulfhidral y uno defervescente cada media hora. Dos días después las ulceraciones se limpian y cicatrizan y la deglutición es ya fisiológica.

Para evitar una nueva recaída, se prescriben diez ó doce gránulos diarios de Sulfhidral y cuatro de arseniato de sosa desde unos quince días antes de la época en que deben aparecer las reglas, y la enferma ve desaparecer para siempre la afección que iba haciéndose crónica.

Observación Quinta.—*Angina diftérica.*—El niño Roberto H. . . . . de 9 años de edad, pasa en el campo dos días, pero al siguiente, el 5 de Abril pasado, tiene una ligera calentura que se califica de intermitente por ser palustre la región en que se hallaba y se combate con hidroferrocianato de quinina, pero al siguiente y al otro día se observa además del estado febril, tristeza, palidez é inapetencia con un ligero cambio en el timbre de la voz. Por esto se examina la garganta y se encuentra sobre una de las amígdalas enrojecida una ligera capa opalina y algunos puntos blancos.

Parece iniciarse una angina herpética y se prescribe el Sulfhidral cada hora hasta el día siguiente 8; pero entonces las falsas membranas se han extendido á la parte posterior de la faringe y se reproducen al quitarlas, estando el cuello hinchado y habiendo habido una hemorragia nasal abundante. El estado general del enfermito es malo.

Insistiendo en que se le ministren gránulos de *Sulfhidral* y no los de sulfuro de calcium del comercio, se prescribe uno cada cuarto de hora y uno defervescente con bebidas aromáticas alcoholizadas cada dos horas.

En la noche las falsas membranas forman una espesa capa, el aliento es fétido, la respiración se halla entorpecida, el edema sub-maxilar se acentúa,

la temperatura es de 38°9, el niño está abatido é indiferente y además de sostener la medicación indicada, se inyectan diez c. c. de suero antidiftérico y se manda hacer el examen bacteriológico de las falsas membranas, para tener la certidumbre del diagnóstico.

El 9 las falsas membranas gruesas, han pasado del blanco al color gris sucio y por la nariz se nota un escurrimiento líquido, seroso, infecto, y que forma costras sobre el labio por su desecación.

El 10 la temperatura es sólo de 39°5, pero el estado del niño es malo. Encuéntrase muy abatido, tanto por las crisis de dispnea como por la infección. El análisis bacteriológico demuestra que el enfermito se encuentra afectado de una forma de difteria gravísima, pues no sólo se ha comprobado la existencia del bacilo de Loefler, sino del estreptococo, exaltándose por esta circunstancia la virulencia de ambos, como es sabido ocurre cuando estas asociaciones se verifican.

La gravedad del caso nos lleva, dice el Dr. Berchon, á imponer un tratamiento activo, y por eso ordena el sulfhidral cada diez minutos y un defervescente cada hora. Al mismo tiempo hace una inyección de otros diez c. c. de suero antidiftérico.

El día 11 el niño se encuentra un poco menos mal: la garganta tiende á limpiarse y la temperatura es de 38°5. En la noche vomita abundantemente falsas membranas y mucosidades y la respiración se mejora. Solo se continúa el Sulfhidral cada media hora y se suspende el gránulo defervescente, dándole uno de estricnina cuatro veces al día.

El 13 la mejoría se acentúa. La garganta se limpia mucho más, comienza á alimentarse y se le da una cucharada de Sedlitz Chanteaud porque hace algunos días hay constipación. Con ella se obtiene una gran evacuación líquida y nauseabunda, lo cual hace repetir el purgante al siguiente día. Sólo toma el Sulfhidral cada hora y se aumenta la dosis de estricnina para evitar una posible parálisis diftérica.

Al siguiente día, el 15, el niño se levanta muy débil pero en estado satisfactorio y la convalecencia se establece, pero durante ella continúa tomando Sulfhidral durante un mes, sin que ninguna complicación se presentase ya.

Tales son los casos que refiere y anota el Dr. Berchon, prometiendo continuar la serie de ellos con el objeto de hacer cada día más y más conocido el valor real del sulfuro de calcium puro en los estados infecciosos en general, pues su acción casi específica en la difteria es ya bastante conocida estando apoyada por el testimonio de reputados clínicos de ambos mundos. Estas observaciones ó su resumen, han sido publicadas en nuestra *Crónica*, que ha tenido positivo empeño en dar á conocer y popularizar una medicación ya sancionada por la experiencia y que en manera alguna es misteriosa, pues son conocidas bien las propiedades bactericidas del Sulfhidral y al mismo tiempo la inocuidad que posee y que permite dar este agente á dosis altas aunque refractas y paulatinamente.

La difteria es por desgracia bastante común en nuestro país, pues con frecuencia hallamos en la prensa la noticia de su invasión en tales ó cuales poblaciones de la República. No nos cansaremos, por tanto, de recomendar á nuestros colegas esta medicación, sin que ella impida naturalmente el uso de

las inyecciones de suero antidiftérico, porque en presencia de una enfermedad de tal importancia y virulencia, es preciso y obligatorio desplegar cuantos recursos pone á nuestro alcance la ciencia moderna.

Y antes de poner punto al presente artículo, creo deber aprovechar la ocasión para ministrar á nuestros lectores un dato que solamente la práctica y el uso frecuente y atento del sulfhidral me ha ministrado, pues no recuerdo al menos conocer la opinión de algún autor sobre el asunto que voy á tratar.

Refiérome á la *dosis profiláctica*, distinta evidentemente de la *dosis terapéutica*. Así como todas las substancias medicamentosas, la quinina, el ácido láctico, el yoduro, etc., el sulfhidral tiene una dosis bajo la cual no hace inmune al organismo.

Los casos que de cerca he observado me han traído la convicción de que, tomando una dosis de 4, 6 ú 8 gránulos al día, es decir, otros tantos centigramos, no se obtiene el efecto buscado. Necesítanse, por consiguiente, de 12 á 20 centigramos al día, *como dosis profiláctica*, para que el organismo sea refractario al contagio de la enfermedad infecciosa y transmisible en cuya atmósfera vive transitoriamente el individuo cuya inmunización se procura por este medio.

DR. E. L. ABOGADO.

TRATAMIENTO DE LA GRIPPE O INFLUENZA.

En el «Boston Medical and Surgical Journal,» últimamente se publicó un artículo por James Harvey Bell, A. M., M. D., núm. 251, East 32nd St. Nueva York, bajo el título de «Tratamiento de la Grippe ó Influenza.» En toda la secuela del tratamiento, él expresa su preferencia por el empleo de las drogas en forma de tabletas, porque así se garantiza la exactitud de la dosificación. El inconveniente que algunos encuentran en las tabletas con motivo de su insolubilidad, él lo vence con la trituración, como el doctor tan expresivamente lo dice: «Siempre ordeno á mis enfermos que trituren las tabletas antes de tomarlas, con el fin de garantizar la celeridad de acción.» Este procedimiento fácilmente se aplica á las tabletas de Antikamnia, en que se omite la adición de algún excipiente que endurezca; ó en otras palabras, consisten exclusivamente en polvo de Antikamnia seco y comprimido bajo alta presión.

HEMIGRANEAS, JAQUECAS, ETC.

Rx. Tabletas de Antikamnia. . . . . Un paquete.
Sig:-Tómeuse una ó dos tabletas cada dos horas.

SECCIÓN XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

(CONTINÚA.)

Otras circunstancias hay también en que algunos de los adeptos hanhemanianos suelen, como el grajo del apólogo, engalanarse con las plumas del pavo, lisonjeándose de una curación en que no han tenido la menor parte. Supongamos que un niño es atacado de fiebre con inflamación de las mem-

branas que cubren el cerebro; que sobrevienen, como es natural, convulsiones, delirio y otros síntomas que anuncian la gravedad efectiva del mal; el médico (alópata se entiende), que conoce el inmenso peligro que corre el pequeño paciente, recurre, después tal vez de probar otros remedios que el arte aconseja, al uso del mercurio, procurando, en cuanto está de su parte, que la boca y las encías se inflamen y aun ulceren, porque la experiencia ha probado en estos casos con hechos irrefragables, que esta inflamación es la precursora constante y segura de la diminución y el alivio de la enfermedad principal. Efectivamente, la boca se comienza á afectar, y el médico se retira con la fundada esperanza de que al día siguiente el estado de la boca habrá aumentado lo necesario para dar toda probabilidad de buen éxito; pero la familia, entre tanto, que no ve más que la aparición de un nuevo mal, se alarma con este accidente, y escuchando los consejos, que nunca faltan, de alguna visita ó amigo de la casa, se decide á consultar con el médico homeópata, sin anuencia, por supuesto, del pobre alópata, que duerme tranquilo sobre sus laureles; el hombre de los glóbulos se presta desde luego á esta supercheria; llega, ve al enfermo, pide las recetas, se lleva entrambas manos á la cabeza, hace otras muecas por el estilo para prestar un lenguaje mudo á su *conciencia alarmada*, y lanza, en fin, las palabras sacramentales y de rigor: *han errado la cura;* fórmula que se convierte, *ipso facto,* en un pasaporte en toda forma para el médico de cabecera. Desde el mismo momento se pone en juego la formidable batería liliputiense, con objeto de reparar los males ocasionados por el antecesor y desalojar el mercurio, que es la causa de aquel gran daño. Al día siguiente, la mejoría de la enfermedad principal es evidente, y el homeópata tiene buen cuidado de atribuirse este cambio favorable, sin que ni él ni la familia adviertan que el *mercurio*, al que se atribuía la víspera todo el mal, y contra el cual se iban á desplegar todos los recursos del árte homeopático, no ha desaparecido de la economía, como lo demuestra el estado de la boca, más inflamada aún que el día anterior, y que por lo mismo el enfermo, lejos de encontrarse mejor, debiera hallarse peor, si fuera cierto el error criminal de que se acusaba la víspera al primer médico.

Pero nadie se para en estas pequeñeces, que sólo conciernen al que no se halla presente.

El estado de la boca va mejorando poco á poco, aunque en un tiempo triple del que hubiera sido necesario con una medicación apropiada, y el paciente llega en fin á restablecerse, quedando toda la gloria para aquel que nada ha hecho, sino dejar que el padecimiento local determinado por el mercurio dure más de lo que debiera.[1]

Casos idénticos ó análogos á este que acabo de referir, se presentan diariamente y son la explicación de esas maravillosas curas que las personas incautas y faltas de instrucción se empeñan en ensalzar algunas veces de un modo ridículo, aunque casi siempre con la mejor buena fe.

Suele también suceder, no pocas veces, que el médico de cabecera, por razón del grande afecto que tiene al enfermo, y que lo preocupa, ó porque es naturalmente pusilánime, ó por otra razón cualquiera, da un pronóstico alarmante respecto de una enfermedad que en realidad no vale la pena. Si en esas circunstancias es reemplazado por un homeópata, éste se llevará todo el lauro

1 Este caso y el siguiente, presentados aquí en forma hipotética, fueron, en la época en que apareció este opúsculo, hechos auténticos. (Nota de la primera reimpresión.)

de una curación que la naturaleza sola ha ejecutado, y su principal título será precisamente el pronóstico desfavorable hecho por el alópata. ¡Como si un médico, por el solo hecho de serlo, y aun suponiéndolo tan instruído como se quiera, no pudiera equivocarse, creyendo grave (principalmente en su principio) una enfermedad que en el fondo no lo es! ¡Singular contradicción! Cuando se trata de ensalzar á los enemigos de los médicos, entonces los pronósticos de éstos adquieren un valor inmenso para sus mismos detractores.

Si á todas estas causas de error agregamos las que resultan de la imaginación de los enfermos, que preocupados por la vehemente idea de sanar, y alentados por seductoras y falaces promesas, están prontos á creerse buenos á la menor apariencia de mejoría, y á decir que sienten todos aquellos síntomas que con tanto aplomo se les ha anunciado que experimentarían, tendremos la explicación verdadera de no pocas curas milagrosas que se anuncian por los periódicos, explotando capciosamente el entusiasmo efímero que aquella ilusión produce en el enfermo y en la familia.

Fácil sería encontrar mil ejemplos de este curioso *espejismo* (mirage) en que suelen incurrir los enfermos, creyendo alcanzar la salud, cuando precisamente están más lejos de ella; mas me conformo con tomar uno del núm. 6 del tomo II de *La Unión Médica de México*, tanto por su autenticidad como por referirse á una afección que parece tan poco propia para ilusiones de esta clase,

«El enfermo era uno de nuestros más distinguidos y honrados generales. que había ocupado los puestos más eminentes, tanto en el régimen colonial como después de la independencia; hallábase algunos años antes de su muerte con una ambliopía (gota serena) de ambos ojos, la cual se le había declarado por los médicos más acreditados de la Capital, completamente incurable y sin poder siquiera distinguir la luz de las tinieblas. En esta sazón, y después de haber recurrido á cuantos medios le fueron recomendados, acertó á venir una señora que decía tener de sus ascendientes no sé qué miel ó colirio, que, puesto por un tiempo que ella fijaba según las facultades pecuniarias del enfermo, curaba indefectiblemente cualquiera ceguera. ¡El colirio de Tobías hubiera quedado corrido si ambos hubiesen aparecido en la misma época!

(Continuará.)

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Ozena y tuberculosis.—Alexander.—*(Frankel's f. Arch. Laryngo).*—El autor, después de un largo estudio estadístico, confirma completamente las observaciones y estudios de gran número de especialistas en oto-rino-laringología sobre la predisposición manifiesta que tienen los ozenosos, de contraer la tuberculosis pulmonar. Alexander, sobre 200 tuberculosos encontró tan sólo un ozenoso; pero en cambio, sobre 50 ozenosos encontró 23 tuberculosos pulmonares y 7 sospechosos. De estas observaciones llega á la conclusión de que la rinitis atrófica es una causa muy común de tuberculización, y en cambio la tuberculosis pulmonar no predispone al ozena.

Tuberculosis uretral.—A. L. Chute.—*(Bost. Med. and Surg. Journal.)*—A propósito de una observación de tuberculosis uretral que el autor publica y que curó por calcificación del tejido submucoso, pasa revista á la mayoría de las observaciones publicadas sobre el asunto, y se asombra de comprobar que la uretra, cuya infección directa parece tan fácil, no sea atacada de tuberculosis primitiva, sino rara vez.

Tratamiento de la enteritis muco-membranosa por la electricidad.—*Sesión del 23 de Marzo de 1904 de la «Société de Thérapeutique.»*—Delherm y Zimmer recomiendan el tratamiento eléctrico en la enteritis muco-membranosa aplicando dos anchos eléctrodos, uno en el raquis y otro en el abdomen, y haciendo pasar corrientes galvánicas de 50 á 120 m. a., durante diez minutos; después se lleva la corriente á 0. En seguida se aplica una corriente farádica débil. En los 46 casos que presentan los autores, el número medio de aplicaciones eléctricas ha sido de 30.

Desde el principio del tratamiento se suprime toda medicación evacuante, aun las grandes lavativas, permitiendo tan sólo un poco de aceite de ricino cada 4 ó 5 días, ó una pequeña lavativa fría para despertar la necesidad de evacuar. Las primeras aplicaciones provocan ó excitación ó insomnio ó fatiga, y en todos los casos, aumento en la expulsión de membranas. Entre la 5ª y la 10ª sesión, la astenia desaparece: la constipación tiende á ceder; entre la 10ª y 16ª aparecen evacuaciones pastosas. Al cabo de dos meses, las crisis enterálgicas desaparecen, y los accidentes ceden en el orden siguiente: 1º, membranas; 2º, dolores; 3º, constipación. En los casos rebeldes se observan crisis agudas con dolores y diarrea.

¿Cómo obra la electricidad? Para Delherm, como durante la aplicación no se observa ninguna contracción intestinal sino hasta las 10 ó 12 horas, cuando se produce la evacuación, admite una irritación del plexus solar. Para Zimmern, la electricidad obra sobre la circulación intestinal, irrigándose mejor las fibras musculares, y compara su acción con la acción vaso-constrictiva sobre el útero. Linossier, Dubris y Mathieu confirman con sus observaciones este tratamiento. Para Blondel, los éxitos señalados confirman la hipótesis trofoneurótica y la naturaleza nerviosa de la enfermedad.

Tratamiento nuevo en la úlcera del estómago.—*(Soc. Méd. de Hamburgo.)*—Lenhartz, después de once años ha llegado á las conclusiones siguientes:

La dieta absoluta, después de una hematemesis por úlcera del estómago, no puede ser provechosa al enfermo, pues está en contradicción con los principios que rigen el tratamiento consecutivo á toda hemorragia grave, tratamiento que tiende á levantar rápidamente el estado general del enfermo. Además, la dieta absoluta no conviene, porque debe procurarse saturar el exceso de ácido clorhídrico que en la mayoría de los casos acompaña la úlcera estomacal, hiperacidez que retarda la cicatrización. El tratamiento consiste en huevos crudos bien batidos y leche, al principio helados y en cucharaditas. El primer día da dos huevos y 200 gramos de leche; aumenta un huevo diario, hasta ocho (cifra definitiva), y 100 gramos diarios de leche, hasta 1,000 (cifra definitiva). Después del octavo día agrega arroz á la leche, y al décimo jamón magro y man-

tequilla. Reposo absoluto en el lecho, vejiga de hielo en el epigastrio, hasta el décimo día. Como medicamentos, bismuto y píldoras Blaud. Sobre 60 observaciones, cuatro han tenido una recaída, uno murió por cinco úlceras, dos en el duodeno. En todos, los vómitos desaparecieron rápidamente, lo mismo que los dolores, entre el 2º al 8º día.

(München med. Wochenschrift núms. 1 y 2 de 1904.)—Wagner, partidario del tratamiento de Lenhartz, se opone al régimen lácteo absoluto, que acusa de debilitar á los enfermos y retardar la cicatrización de la úlcera, y aplica en la casa de salud que dirige en Eppendorf, desde hace cinco años, á sus enfermos de úlcera en el estómago un régimen albuminoide concentrado, con el objeto de combatir la anemia y saturar el ácido clorhídrico en exceso. Su tratamiento es casi el mismo: reposo absoluto en el lecho desde el primer día de la hematemesis; huevos crudos batidos ó con vino, aumentando uno diario hasta ocho; comienza por 200 gramos de leche helada, aumentando 100 diarios hasta un litro; la ordena en cucharaditas. Desde el séptimo día, 35 gramos de carne cruda, raspada y mezclada á la leche, hasta llegar poco á poco á 70 gramos; á las dos semanas sopa de arroz; á la cuarta, alimentación mixta, con excepción de las legumbres, que producen meteorismo. En caso de anemia marcada, arsénico ó píldoras Blaud. También presenta 60 observaciones, de las cuales siete enfermos tuvieron recaída, 35 seguidas por largo tiempo y curadas definitivamente; las restantes no se han podido seguir. En todas, los dolores han desaparecido repentinamente; el estado general ha mejorado de la misma manera.

Tratamiento de las cirrosis del hígado por hipodermoclisis del líquido ascítico. —*(El Jurado Médico Farmacéutico).*—Bayo Villaure ha tratado cuatro enfermos atacados de cirrosis: dos cirrosis vascular, uno cirrosis biliar y otro cirrosis mixta. Los dos primeros y el último presentaban ascitis, el tercero no. Después de fracasar con el régimen lácteo, con los yoduros á una dosis alta, con el calomel, la boldoglucina y la opoterapia hepática con la pulpa de hígado de puerco ligeramente cocida, el autor tuvo la idea de emplear una especie de organoterapia nueva, ya empleada en otras enfermedades, pero todavía no ensayada en las afecciones hepáticas é inyectó hipodérmicamente una parte del líquido ascítico; los resultados fueron: primer enfermo con cirrosis atrófica, ascitis considerable, epistaxis frecuentes, extracción de seis litros de líquido é inyección, con todas las precauciones debidas, de 50 gramos de líquido ascítico en cada hipocondrio; emisión abundante de orina (cuatro litros por día), desaparición de la ascitis, mejoría progresiva á tal grado, que no fué necesaria otra punción sino hasta los cuatro meses y otra á los seis meses; actualmente no se ha reproducido el líquido. El segundo caso, cirrosis atrófica, con abundante derrame, por el cual era necesario puncionar cada 20 ó 30 días, después de la hipodermoclisis del líquido ascítico han transcurrido seis meses sin hacer nueva punción. Tercer enfermo, cirrosis mixta con derrame, caso muy grave en el cual no hubo beneficio aparente de la inyección, muerte por uremia á los 20 días. Cuarto enfermo, cirrosis biliar hipertrófica sin derrame, con gran modificación de las funciones glicogénicas, inyección de 300 gramos de líquido ascítico, mejoría notable á pesar de la persistencia en el volumen del hígado. De estos casos deduce que este tratamiento es inofensivo y de gran utilidad por la acción diurética y tónica sobre los riñones y la celdilla hepática del líquido ascítico.

La acción de los Rayos X en el tratamiento del cáncer y otras afecciones.—*(Comunicación al 2º Congreso Médico Latino-Americano reunido en Buenos Aires, 1904).*—El Dr. Carlos Hauser presenta un trabajo documentado y con numerosas fotografías que comprende la práctica de tres años consecutivos con los Rayos X y con la estadística siguiente: Cánceres del párpado, ocho, todos curados, dos en tratamiento.—Cánceres de la nariz, cinco, todos curados.—Del oído, uno en tratamiento.—Del labio, cinco, uno muerto.—De la laringe, dos en tratamiento.—Cáncer de la mama, cinco, sin resultado.—Cáncer de la mama ulcerados, dos, uno en tratamiento, uno curado.—Cáncer del pene, uno, curado.—Cáncer de la vulva, dos, uno curado, otro no se sabe cómo sigue.—Cáncer de la matriz, cuatro, sin resultado.—Sarcomas del cuello, dos, curados.—Adenomas de la región inguinal, uno, curado.—Cáncer del estómago y esófago, tres, sin resultado.—Cáncer de la lengua, seis, todos han fallecido. —Peritonitis tuberculosas, dos, uno curado.—Psoriaris, dos, en tratamiento mejorados.—Un caso de lepra en el cual las neuralgias y algunos nódulos han desaparecido y otros disminuído.—Favus uno, hipertricosis cuatro y tricoficia uno. Las conclusiones ha que llega son las siguientes: «Los Rayos X obran de una manera general, aumentando el proceso flogístico y expulsando, eliminando el producto morboso. No hay necesidad de llegar al eritema, ni á la quemadura para llegar al poder terapéutico de los Rayos X.»

Los rayos X son un agente terapéutico que sólo debe usar una persona competente. Los cánceres superficiales son curables con los Rayos X. Los cánceres de la laringe, mejoran con los Rayos X y aplicados con mayor eficacia los curarán. En los cánceres de la mama no ulcerados, su resultado ha sido nulo. En los de la mama ulcerados han curado. En los cánceres de la lengua, esófago, estómago y matriz, el resultado es nulo. Todos los sarcomas, adenosarcomas, son suceptibles de curar, y cuando se tenga un caso de éstos, se debe tratar con energía, pues con los Rayos X no morirá y con el sarcoma si. Las afecciones de la piel cuando son consideradas incurables, deben ser tratadas con los Rayos, pues algunas se benefician como en la psoriaris, lupus eritematoso, etc. En el favus, tricoficia é hipertricosis, los resultados son ciertos cuando se aplican en debida forma. Se debe ensayar los Rayos en las peritonitis tuberculosas, pues el dolor, ascitis, timpanismo, etc. desaparecen. En las conjuntivitis granulosas, cuando no son curables con los medios médicos, deben ensayarse los Rayos X, pues son notables los numerosos casos tratados y curados en Europa y Estados Unidos del Norte. Todo enfermo antes de hacer el tratamiento con los Rayos X, se debe hacer primero un tratamiento antisifilítico.

Operaciones durante la aplicación de los Rayos X.—*(Rousski Vratch, 1904, núm. 2).*—Galebsky refiere un caso de un niño de dos años, que acostado tragó una moneda de cobre que á los pocos días provocaba accidentes serios. Al examen Roentgenoscópico se reconoció que el niño tenía una moneda en el esófago, abajo del cartílago cricoides en sentido antero-posterior. Después de inútiles tentativas de extracción con la canastilla de Graef y otros instrumentos, antes de proceder á la esofagotomía externa, tuvo la idea de hacer una última bajo la aplicación inmediata de los Rayos X. La moneda y las pinzas se veían claramente y la extracción se hizo con notable facilidad.

Inyecciones intra-articulares de vaselina líquida esterilizada en las artritis secas.—*(Le monde medical)*.—El Dr. Delagenière, del Mans, ha hecho inyecciones de vaselina esterilizada en las articulaciones atacadas de artritis seca con los resultados siguientes: la inocuidad de la inyección es absoluta, previas todas las precauciones de asepsia, cesación brusca del dolor y persistencia de la mejoría por largo tiempo (más de tres meses en los enfermos tratados); vuelta inmediata en las funciones de la articulación; técnica especial para cada articulación, como la del hombro por ejemplo: brazo en abducción, aguja introducida á centímetro y medio abajo del acromio, esperar la salida de la sinovia por la aguja, introducción suave de la inyección. La técnica se reasume á entrar en la articulación por el lado más fácil. El autor cree que el efecto de la vaselina no es sólo mecánico sino que lo más probable es que ejerza una influencia provechosa en la afección misma, es decir, sobre la vitalidad y reparación del cartílago.

México, Julio de 1904.

DR. LEOPOLDO E. CALVILLO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Fisiología Humana por el DR. LUIGI LUCIANI, Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma.—Versión castellana por P. Ferrer Piers, C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona.—Dirigida y anotada por el Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez, Catedrático de término, por oposición, de la Universidad de Barcelona.—Precio de subscrición: cuaderno, una peseta, en España.

Hemos recibido las últimas entregas que han aparecido de esta obra, que no nos cansaremos de recomendar á nuestros lectores como lo mejor publicado sobre la materia hasta el día, ó sean los núms. 27, 28 y 29.

Manual de Disección por el DR JULIO RÉGNAULT; traducido por D. Federico Toledo y Cueva; con un prólogo del Dr. D. Florencio de Castro, Profesor de Técnica anatómica en la Facultad de Medicina de Madrid.

La obra del Dr. Julio Régnault, distinguido Profesor de disección en la Escuela de Medicina Naval, de Tolón, está escrita con el único objeto de servir de guía al estudiante en el anfiteatro; su autor la compara con razón á una guía Bædeker, porque así como ésta es de necesidad absoluta para el viajero que visita por vez primera un país y le permite conocer muchas curiosidades que desconocería si careciera de tan útil libro, el *Manual de disección* del Dr. Régnault enseña también al alumno que principia á estudiar la anatomía en el cadáver, á no extraviarse, á no destruir elementos anatómicos importantes, á conocer todos los órganos y á disecar según las reglas del arte.

El Dr. Régnault, encargado durante dos años de la enseñanza de la disección en la importante Escuela Médica de Tolón, ha podido comparar los diversos métodos que se emplean para disecar y ha elegido los que expone en su Manual, formando así—dice el ilustre anatómico Dr. Castro, en su prólogo

«un libro útil, no sólo para el alumno, sino para todo médico que necesite recordar, en un momento dado, sus conocimientos anatómicos.»

Forma un elegante volumen en 8º, de 204 páginas, esmeradamente impreso en papel satinado, con 50 preciosas láminas en cromolitografía, dibujadas del natural. Precio: 10 pesetas.

De venta en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías.

Toxicología particular y química, tomo V de la sexta edición del *Tratado de Medicina legal y Toxicología* de D. Pedro Mata, corregida y aumentada por los médicos forenses Sres. Lozano Caparrós y Alonso Martínez.—Bailly-Baillière é Hijos, editores. Madrid, Mayo 1904. Precio de los cinco tomos, 50 pesetas en rústica y 60 encuadernados en tela.

El Sr. Alonso Martínez nos había dado en el tomo IV de esta obra una prueba inequívoca de sus profundos conocimientos en la materia; en el tomo V, sin embargo, se excede á sí mismo, pues conservando hasta donde ha sido posible el plan, clasificación y estructura del antiguo Mata, le ha completado y perfeccionado de tal manera, que bien puede decirse que en él es casi todo nuevo.

No es posible hacer en pocas líneas un juicio más ó menos completo de este tomo; pero para que nuestros lectores se formen de él una idea aproximada, sólo les diremos que es digno continuador de los que tanta aceptación han tenido en todas partes. El Sr. Alonso Martínez, con la competencia que propios y extraños le reconocen, estudia en él la toxicología particular de cada veneno, describe los aparatos é instrumentos que en la actualidad se emplean en las investigaciones toxicológicas, da á conocer después la química general, y, por último, termina examinando los venenos en todos sus detalles, poniendo de manifiesto la acción que ejercen en el organismo, la sintomatología, las lesiones que producen, y en una palabra, cuanto puede servir para aislarles y diferenciarles entre sí y de las demás substancias con que pudieran estar mezclados. Todo este plan, estudiado con minuciosidad, prestando atención á los más pequeños detalles para que en un informe judicial pueda presentarse la verdad con claridad suma, amenizando todo este estudio con la exposición de multitud de casos é informes, constituye el soberbio trabajo de este tomo, que en sus 800 páginas encierra enseñanzas sumamente prácticas, que deben ser leídas con detenimiento, no solamente por los médicos, sino por cuantas personas tengan que administrar y ayudar á la justicia en la persecución y castigo de los delitos.—Puede pedirse por conducto de la Administración de la *Crónica*, directamente ó á las principales Librerías de la Capital.

Un poco de higiene y patología mineras.—He aquí una necesidad médica sobre la que hasta el presente no se había hecho nada, dejando olvidados del cuidado á que son acreeedores á gran número de miles de obreros que trabajan diariamente bajo la perniciosa atmósfera del subsuelo, expuestos á contraer de continuo enfermedades ó á ser víctimas de accidentes sobre los que la clase médica está obligada á prestar su atención, evitando en lo posible la enorme mortalidad que arroja la estadística de los centros mineros.

Con el título que encabeza estas líneas, y con el gran acierto que en la elección de sus obras les caracteriza como editores, los Sres. Bailly-Baillière é Hijos han puesto á la venta un volumen, en el que el distinguido médico de El Carpio D. Eladio León y Castro, con la práctica y un constante estudio de observación de varios años al frente del cuidado y asistencia médica de los obreros del extenso coto hullero «El Porvenir de la Industria» le han hecho aprender, reune materia sobrada para hacer un completo *Tratado de Higiene y Patología minera*, que es el título que en realidad merece esta obra.

Tras un bosquejo histórico en que da á conocer lo que es una mina y la importancia de esta industria en nuestro país, entra el autor de este trabajo á estudiar la serie de circunstancias que impurifican el aire de las minas, los accidentes que los gases pueden producir en los obreros y la manera de combatirlos; á continuación hace un detalladísimo examen del modo de ventilar una mina, describiendo los variados aparatos usuales y dando atinadísimas reglas para poner en condiciones de ser respirable su atmósfera.

Tras la exposición de cuanto se relaciona con las condiciones del interior de la mina y la vida del obrero en su seno, pasa al estudio y observación del medio exterior, es decir, á todas las condiciones que debe observar desde el momento en que, elevado por la jaula, pone el pie en la superficie, tales como condiciones y modelos más apropiados de las casas, alimentación, vestido, etc., terminando con la descripción de las enfermedades que se desarrollan entre los mineros y los medios de combatirlas, dando á conocer estadísticas de verdadero interés.

Tal es, á grandes rasgos, el contenido de este interesante estudio, que viene á dar carta de naturaleza á una nueva especialidad dentro de la clase médica y que debe ser leída y estudiada con detenimiento por todos, para lo cual sus editores la han puesto al económico precio de 3 pesetas en rústica y 4 encuadernada, pudiendo adquirirse en todas las librerías y en la editorial de los Sres. Bailly-Baillière é Hijos, plaza de Santa Ana, 10, Madrid.

NECROLOGIA

EL SR. DR. D. ALFREDO VELASCO.

Uno de los que podíamos llamar «de la guardia vieja», un verdadero sacerdote de la profesión médica, acaba de desaparecer. El Dr. Velasco perteneció á aquella generación de médicos, de la que van quedando muy pocos ejemplares, que consagraron su vida al alivio de sus semejantes, por acendrado amor á la ciencia, por verdadero altruismo, dignos émulos de aquellos apóstoles que supieron inculcarles estos principios de moral médica: los Ortega, los Lucio, los Torres, los Espejo, los Vértiz, los Muñoz, etc., etc.

Perteneciendo á una familia sin grandes bienes de fortuna, oriunda de Tampico, el Dr. Velasco hizo sus estudios en la Capital de la República. Después de recibir su título y pasar una temporada en su tierra natal, regresó á México, ingresando al Cuerpo Médico y siendo destinado desde luego al Hospital Militar de Veracruz, en el que desempeñó las funciones de sub-director

cuando estaba bajo la dirección del Dr. Manuel Garmendia; cuando éste pasó á la Capital, ascendió á Teniente Coronel Director del establecimiento; y en aquella misma época fué nombrado médico en jefe del departamento de medicina en el Hospital de Caridad «San Sebastián,» destinado á hombres en dicho puerto; desempeñando ambos cargos con entera asiduidad y verdadera abnegación, dando de ello pruebas inequívocas durante las terribles epidemias de fiebre amarilla, por el número de enfermos que se observaron en los años de 1881 y 1883, y conservando el último de estos empleos hasta la hora de su muerte.

Su exquisita educación, su fino trato, especialmente con las señoras, al tratarse de las enfermedades propias de su sexo, unido á su claro talento, extensos conocimientos y vasta cultura, le proporcionaron una numerosa clientela entre las principales familias del puerto, lo que dió lugar posteriormente á que se formara un círculo de amigos pertenecientes á todas las clases sociales, que, apreciando justamente sus verdaderos méritos, lo colocaron en una posición social bastante envidiable, resultando de ello que varias veces fuera llamado á desempeñar el puesto de Regidor del H. Ayuntamiento, con gran beneplácito de sus conciudadanos.

En el trato íntimo de la amistad, era afable, correcto y tolerante, respetando siempre las creencias y las opiniones ajenas, obteniendo en consecuencia el respeto de las suyas propias. A últimas fechas, la exacerbación de una enfermedad que padeció durante una época larga de su vida, le acibaró la existencia y le agrió su buen carácter, al grado de que, personas que lo trataron en las postrimerías de su vida, lo consideraran irascible é intolerante.

No dejó escritos artículos ni obras de ninguna clase, no obstante el enorme caudal de conocimientos acumulados en su larga práctica, debido probablemente á la timidez de una verdadera modestia y á la ambición de permanecer oculto, haciendo el bien á sus semejantes sin hacer ostentación de ello.

No obstante la numerosa clientela que tuvo y la vida perfectamente ordenada y correcta que llevó, murió relativamente pobre, legándole á su hija, único deudo que dejó, escasos bienes de fortuna, que apenas le alcanzarán para vivir de una manera bien modesta, prueba inequívoca de los principios que normaron su conducta profesional en esta época de mercantilismo.

Esta existencia ejemplar se extinguió en Veracruz el 14 de Junio próximo pasado, y la *Crónica*, de la que fué jefe de Redacción en Veracruz, al pagar un justo tributo de homenaje á su memoria, desea paz eterna á los restos del finado y que sea imitada vida tan ejemplar.

Veracruz, Julio de 1904.

DR. MANUEL S. IGLESIAS.

NOTAS.

EL SR. DR. D. MANUEL S. IGLESIAS.

Con motivo del fallecimiento de nuestro distinguido Jefe de Redacción en el Estado de Veracruz, el Sr. Dr. D. Alfredo Velasco, de cuya personalidad acabamos de hacer mención en la Sección de «Necrología,» ocupa desde hoy ese puesto nuestro ilustrado y muy estimado amigo y compañero el Sr. Dr. D. Manuel S. Iglesias, Delegado del Consejo Superior de Salubridad en aquel puerto, cuya laboriosidad y empeño por lograr el definitivo saneamiento de esa hermosa y rica ciudad son bien notorios y cuyos escritos han honrado ya alguna vez las columnas de la *Crónica.*

LA NUEVA PINTURA "DILA."

Hemos recibido con atenta carta los anuncios relativos á esta nueva pintura, denominada «DILA,» que además de las grandes ventajas que posee sobre las comunes y usuales, tiene algunas tan notables que harán evidentemente sea aceptada de preferencia á las demás y su uso se generalizará en breve. Esta pintura, además de no descascararse y de resistir la intemperie en cualquier clima, tiene como cualidades relevantes la de ser incombustible y la de poderse lavar y desinfectar sin que en nada se altere, lo cual hace que sea de verdadero valor para nuestras salas de operaciones. La incombustibilidad de ella fué ya plenamente demostrada ante los representantes de varias Compañías de Seguros contra incendios y otras personas, y esta propiedad fué puesta en relieve con pruebas irrefutables, incendiando barracas sin esa pintura y con ella para demostrar la diferencia de acción del fuego sobre unas y otras.

Los Sres. Gerentes Díaz y Sala, tienen su Despacho en la calle de Ortega número 28, en esta ciudad.

VIAJE A LOS ESTADOS UNIDOS.

Por motivos de salud y como un breve descanso en sus labores, nuestro Director, el Sr. Dr. Abogado, sale en la segunda quincena del presente mes para New York, Philadelphia, Washington, Chicago y St. Louis Mo. con su familia, y nos recomienda lo participemos á los lectores de la *Crónica*, manifestando á todos ellos en general y en lo particular á sus amigos personales, la buena disposición en que se encuentra para obsequiar los deseos y pequeños encargos que quieran confiársele para aquel país.

Hasta el 20 del actual pueden dirigírsele las cartas á esta ciudad y enseguida á New York, care of Mr. Ch. Marchand, 57-59 Prince Street, ó á St. Louis, Mo., care of The Antikamnia Chemical Company, 1622-1624 Pine Street. Su regreso está señalado para principios de Octubre.

TERMOMETROS "MODELO CLINICO."

Tenemos el gusto de anunciar á nuestros lectores que estos termómetros han obtenido una buena aceptación por sus cualidades y al mismo tiempo la comodidad de su precio y se encuentran ya en la mayor parte de las buenas farmacias de esta capital y varias de los Estados.

LA CELIORRAFIA ANTERIOR.

El trabajo que hoy y en el número siguiente ocupa la Sección de Ginecología, del Sr. Dr. R. Suárez Gamboa, y que lleva por título el que encabeza estas líneas, acaba de aparecer en un folleto en esta Capital, con unas láminas en fotograbado que ilustran el texto y que esperamos reproducir al finalizar el tomo.

Este trabajo ha sido bastante distribuído entre los médicos de la Capital; pero agotada la edición, ha sido imposible enviarlo á los médicos de fuera de ella, por lo cual hemos creído complacer á los numerosos lectores de la CRÓNICA, haciendo una 2ª edición inmediatamente, por ser el punto que abraza y con notorio acierto discute el autor, de una capital importancia hoy que la cirugía abdominal se encuentra entre nosotros en un merecido auge, salvando á cada momento casos que sin ella tendrían un desenlace fatal.

REVISTA ESPECIAL DE LA LITERATURA MEDICA SUD-AMERICANA.

Dada la importancia y valía de los trabajos médicos que se llevan á cabo en la América Meridional, sobre todo en la República Argentina, mucho tiempo hace teníamos la idea de darlos á conocer en una revista especial, aunque incluída en la Revista de la Prensa Médica Extranjera, Sección que por exceso de material inédito y original tuvimos la pena de suprimir casi todo el año pasado, pero á la cual, cumpliendo los deseos de nuestros amigos y los propios, damos hoy preferente atención.

La buena voluntad de nuestro inteligente y laborioso amigo el Dr. Fernando Ocaranza, que con frecuencia ha colaborado con propio caudal en nuestra CRÓNICA, nos permite al fin realizar nuestro pensamiento, y tenemos la satisfacción de anunciar hoy que desde el próximo número, en la Sección XXVIII, aparecerán las notas ó extractos de los trabajos que la prensa sud-americana, que casi en su totalidad nos favorece con su visita, nos ofrezca de notable.

ANALES DE LA ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.

PARTE MEDICA.

Hemos recibido la circular en que se anuncia la próxima aparición de este nuevo colega destinado á coleccionar los estudios de *clínica interna* llevados á cabo en las cátedras correspondientes de la Escuela, las lecciones dadas por los Profesores del ramo y las historias clínicas de positivo interés. Es Director de la nueva publicación el Sr. Dr. Terrés, Profesor del 3er Curso de Clínica Médica. Se reparte por cuadernos mensuales de 32 páginas, su precio es de $6 00 anuales, precisamente adelantados, y la Administración está á cargo del Dr. A. Pruneda, Montealegre. 2.

Larga y próspera vida deseamos sinceramente al nuevo colega.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, SEPTIEMBRE 1º DE 1904. NÚM. 9.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

LAS APENDICITIS.

Las investigaciones de los últimos años, llevadas á cabo particularmente en Alemania, Estados Unidos y Francia, han demostrado que los fenómenos morbosos, algunas veces de gravedad terrible, que toman origen en la región íleo-cecal, son debidos casi siempre á lesiones más ó menos serias del apéndice vermiforme ó á sus consecuencias directas.

Eichhorn y Bollinger han encontrado de 100, 91 casos con lesiones apendiculares; los nueve restantes habiendo sido ocasionados por lesiones en el ciego ó en la extremidad cecal del íleon, lesiones las más de las veces de naturaleza ya tuberculosa, ya cancerosa, ya actinomicósica y excepcionalmente sifilítica.

Por otra parte, ulceraciones perforantes de la fiebre tifoidea, ó de la disentería en la región íleo-cecal han podido producir accidentes peritiflíticos, semejantes á los que suele determinar la apendicitis.

Durante muchos años se ha admitido la existencia de una tiflitis producida por estancamiento de las materias fecales; mas ni razones anatómicas, ni sobre todo las innumerables intervenciones quirúrgicas, ofrecen base positiva para seguir aceptándola.

Hoy se considera la tiflitis estercoral enteramente dudosa.

En la inmensa mayoría de los casos de patología íleo-cecal se trata pues de una afección apendicular ó de sus consecuencias y á ella sólo nos referimos.

La patogenia de los fenómenos apendiculares ha preocupado vivamente á los patólogos y desde hace algunos años se vienen acumulando trabajos para su esclarecimiento.

Creyóse en un principio que cuerpos extraños venidos del intestino, se-

millas de frutas, coprolitos, penetrando en la cavidad del apéndice, serían la causa de los accidentes. El apéndice por su túnica muscular se esforzaría en hacer salir el cuerpo extraño; si lo conseguía todo entraría en orden. Había pasado el «cólico apendicular,» según la frase de Talamón.

Mas no siempre sucedería así; el cálculo, quedando enclavado, constituiría detrás una «cavidad cerrada» en la que las bacterías previamente contenidas en el órgano, por ese hecho, acrecerían su virulencia y «expansibilidad,» desarrollando los temibles desórdenes de la apendicitis perforativa.

Investigaciones posteriores demostraron que contra lo que pensaba Talamón, los cuerpecillos contenidos en el apéndice tienen generalmente un origen autóctono, presidiendo á su génesis un proceso semejante al que engendra los cálculos del riñón ó de la vesícula biliar.

De todos modos, esos cuerpos autóctonos ó no, en ciertas condiciones producirían la «cavidad cerrada,» y con ella la determinación de losaccidentes.

Mas pudo comprobarse que no siempre hay tales cálculos en el apéndice; por lo contrario, en la mayoría de los casos no existen. Hubo pues que aceptarse frente á la calculosa, la apendicitis simple, catarral, y entonces para conciliar estos casos con la teoría de la «cavidad cerrada,» que sería la condición *sine quâ non,* se admitió que la mucosa por hinchamientos inflamatorios produciría en algún punto la obstrucción y así la exaltación virulenta de los microbios.

Desgraciadamente para los sistemáticos defensores de tan plausible teoría, se ha encontrado en muchas ocasiones el canal apendicular perfectamente libre.

Como quiera que sea, es indudable que la apendicitis aguda, no teniendo en cuenta los casos muy ligeros, en los que la infección parece no entrar en cuenta, reconoce por causa ya la acción patógena del *Bacillus Coli,* ya la del *streptococus*, bien sea la de esos dos gérmenes asociados.

Parece que la condición altamente predisponente, pero de ninguna manera necesaria, reside en una vulnerabilidad especial creada por un proceso lento en la mucusa apendicular.

Etiologia.—La apendicitis es de todas las edades; mas yo no la he observado jamás antes de los dos años. Su máximum de frecuencia es entre 20 y 30 años; es muy raro que se presente en una edad avanzada, lo cual se comprende por las modificaciones anatómicas que sufre el órgano; se ha observado, en efecto, que es el sitio de una atrofia marcada, obstruyéndose además su canal en parte ó por completo.

La estadística muestra que ataca más al hombre que á la mujer, que suele presentarse en varios miembros de una misma familia, lo que indicaría que hay para ella una predisposición hereditaria, y últimamente Gaucher pretende haber encontrado cierta relación entre esta afección y la sífilis.

Se considera la constipación habitual como causa predisponente; coexiste, sin embargo, algunas veces con diarrea.

El motivo ocasional es ya una indigestión, una marcha forzada, fatiga por la bicicleta, un enfriamiento, y en muchos casos no se ha encontrado ninguno.

Anatomia patológica.

1º Apendicitis crónica. Las alteraciones ocupan particularmente la submucosa, donde existe tal cantidad de folículos linfáticos que ha hecho llamar al apéndice «amígdala abdominal;» se trata de una infiltración celular más ó menos marcada.

La mucosa ofrece turgescencias que pueden producir una obstrucción, la cual es más frecuente al nivel de la llamada válvula de Gerlach. La secreción, acumulándose entonces detrás, produce una dilatación ampular ó cilíndrica: *hidropesía* apendicular. Hay veces que las estrecheces son múltiples y el órgano toma un aspecto moniliforme. La luz del canal puede por otra parte estar enteramente libre.

El contenido de la cavidad es sencillamente moco, ya moco-pus ó bien pus franco: *empiema* apendicular.

En ocasiones se encuentra ya uno, ya varios cuerpos calculosos que tienen por núcleo ya un conglomerado de materias fecales, ya un cuerpo extraño.

La presencia de estos cuerpos litiásicos traumatizando las paredes, producen aquí y allá exulceraciones, que constituyen brechas para la infección.

El apéndice puede estar recto, encurvado, torcido ó geniculado; puede quedar libre ó adherido á las partes inmediatas.

Apendicitis aguda.—Las lesiones que he tenido ocasión de observar en las numerosas operaciones á que asistí en los hospitales de Berlín, y en las investigaciones *post morten* han sido de lo más variable, según el tiempo de su evolución en que fueron sorprendidas, la intensidad de la infección y las relaciones anatómicas del apéndice con el peritoneo y con los órganos vecinos.

Hay casos en que el proceso está limitado al apéndice; éste se halla crecido, engrosado, turgescente, la serosa enrojecida, á veces violada.

El contenido es generalmente moco de marcado olor estercoral; se encuentran en la mucosa aquí y allá pequeños focos hemorrágicos y en ocasiones abscesos miliares aislados ó múltiples. El órgano más ó menos modificado en su forma y posición generalmente ofrece adherencias con la fosa iliaca, el intestino ó la pared abdominal.

En otras ocasiones la infección se propaga en una extensión más ó menos grande al derredor del órgano: *periapendicitis*, y esto sin que á veces pueda observarse ruptura alguna, macroscópica al menos.

Salvo los casos, muy raros por cierto, en que el apéndice es extraperitoneal, puesto que según Koerte se encuentra esta disposición en sólo 2 por 100 de ellos; las lesiones periapendiculares son las de una peritonitis de carácter variable.

Ya se trata de una forma difusa con lesiones superficiales apenas marcadas, que se ha denominado «peritonitis septicémica.» Ya, caso más frecuente, es la peritonitis sero-fibrinosa: el apéndice se halla envuelto en una masa de asas intestinales aglutinadas.

Ya se trata de una forma purulenta, que sin duda no es sino un estado más avanzado del proceso anterior, y entonces el pus puede concretarse en uno ó varios focos, ó ya ocupa casi por completo la cavidad abdominal, sea que desde el principio el proceso haya tomado la forma purulenta generalizada, sea que un foco circunscrito se haya vaciado posteriormente en la cavidad peritoneal libre.

Entre estas formas purulentas hay una caracterizada por la formación de abscesos múltiples, sea entre las asas intestinales en las diversas regiones del vientre, sea en el parenquima de las vísceras llenas: hígado, pancreas, bazo; es la forma *piohémica*.

El absceso peritiflítico, que es el resultado más frecuente de la infección peri-apendicular, ocupa de ordinario la fosa iliaca derecha, y entonces puede ser extra-peritoneal, ya porque el apéndice mismo lo sea, ya porque adhe-

rencias previas lo hayan fijado á la pared abdominal ó á la fosa iliaca, obligando al pus á extenderse bajo la serosa.

Pero no es lo más común; generalmente el absceso es intra-peritoneal y puede estar inmediatamente bajo la pared abdominal, ó bien separado de ella por asas intestinales libres ó adheridas.

Hay ocasiones, y no son raras, en que el pus se colecta en la cavidad de Douglas, ó se forma á la vez en ésta y en la fosa iliaca.

Rara vez ocupa la fosa iliaca izquierda, ó se extiende detrás del colon ascendente con tendencia á propagarse hacia el riñón, el hígado y el diafragma; en estos últimos casos el absceso es también extraperitoneal.

Se citan casos excepcionales de abscesos peri-apendiculares, bajo el hígado, en la proximidad de la vesícula biliar, de acuerdo con una situación ectópica del apéndice.

Reasumiendo, se tienen en anatomía patológica las formas siguientes:

AGUDAS. I. Apendicitis simple, limitada á las paredes del órgano, si mucho con adherencias á las partes cercanas.

II. Apendicitis y periapendicitis sero-fibrinosa.

III. Apendicitis, y periapendicitis con absceso único.

IV. Apendicitis y periapendicitis con flegmón retrocecal extraperitoneal.

V. Apendicitis y peritonitis fibrino-purulenta progresiva con abscesos encapsulados múltiples.

VI. Apendicitis y peritonitis séptica-difusa.

VII. Apendicitis é infección piohémica.

CRÓNICAS. Apendicitis con estenosis, obliteración, hidropesía, empiema.

Sintomas.

La apendicitis crónica se establece ó bien insidiosamente sin determinar síntomas marcados, ya se manifiesta por perturbaciones digestivas de diversa índole, ó ya por molestias atribuibles á otros órganos (apendicitis larvada de Ewald).

Ordinariamente se denuncia por pesadez, dolencias, estiramientos en la fosa iliaca; si el paciente tiene la pared abdominal delgada y flexible, estando vacío el intestino, á veces es posible palpar el apéndice que es siempre doloroso á la presión.

El ataque apendicular agudo ofrece grados diversos de intensidad; pero clínicamente no pueden distinguirse netamente todas las formas anátomo-patológicas. Según los casos que en mi práctica privada y sobre todo en las clínicas berlinesas he podido observar, pueden establecerse las formas clínicas siguientes.

1º *Apendicitis simple.*—En esta categoría entran todos aquellos casos en la que las manifestaciones locales son de mediana intensidad, vómitos raros, reacción moderada ó nula, evolucionando hacia la resolución en 2 ó 3 días. Corresponde á lo que Talamón llamaba cólico apendicular.

2º *Apendicitis con infección séptica peritoneal sobre aguda.*—Haciendo contraste con la forma benigna anterior, ésta, terriblemente grave, se caracteriza por la muy brusca invasión y la rápida invasión difusa de la serosa peritoneal. Dolor intenso en la fosa iliaca rápidamente extendido á todo el vientre, vómitos tenaces, fiebre alta á la cual muy pronto sucede el colapsus.

3º *Apendicitis con periapendicitis inicialmente circunscrita.*—En esta categoría tienen que colocarse todos los casos en los que el proceso periapendicular, al menos en las primeras 36 ó 48 horas, ofrece una localización mar-

cada y *á fortiori,* los que durante toda la evolución la conservan, teniendo todos al principio caracteres idénticos.

Sin prodromos ó precedida por ciertos trastornos digestivos (constipación, diarrea) la llamada por algunos apendicitis perforativa, aunque no siempre hay tal perforación, se anuncia por un principio más ó menos brusco, apareciendo el dolor, vómitos y fiebre más ó menos elevada.

Ya en las primeras 24 horas hay muestras de un exudado. En la exploración se observa empastamiento de la fosa ilíaca, macicez, dolor intenso á la presión con máximum en el punto de Mac Burney é hiperestesia cutánea circunscrita.

Estas manifestaciones son el indicio de que la infección ha traspasado las paredes apendiculares determinando desórdenes más ó menos serios, cuya extensión no es posible conocer, si no es por el desarrollo ulterior de los acontecimientos.

La marcha en estos casos puede tomar un giro variable.

Puede terminar el proceso en la resolución en el término de 5 á 6 días, por término medio. Sin duda estos casos corresponden á las peritonitis serofibrinosas. Y entonces pueden dejar tras sí adherencias, originando quizás pronto ó tarde, estrangulamientos intestinales, ya simplemente estiramientos, molestias, dolores que vuelven la vida pesada y podrían justificar una intervención operatoria.

Otras veces el proceso no tiene un desenlace, relativamente, tan feliz y se resuelve en un absceso, cuya situación, como hemos visto al tratar de las lesiones anatómicas es muy variable.

Generalmente ocupa la fosa ilíaca, ya la cavidad de Douglas, la región ilíaca izquierda, ó la región lombar derecha.

¿Qué suerte corre el absceso periapendicular?

No podría negarse que en ciertas ocasiones el pus puede reabsorberse; otras ocasiones se enquista, ó se abre temprano ó tardíamente en los órganos huecos ó en la serosa peritoneal libre.

Hace algunos años asistí á una niña de 7 años que sufrió un ataque apendicular serio (forma circunscrita). Después de una semana durante la cual se le hizo el tratamiento médico, entró en alivio; cesaron el dolor, los vómitos, descendió la temperatura á la normal, todo entró en orden, sólo quedando el exudado apenas sensible á la presión. Pasados tres ó cuatro días apiréticos, cuando la niña aún no abandonaba la cama y estaba aun sometida á la misma dieta, en una palabra, sin motivo apreciable, vuelve el dolor y uno que otro vómito, se reenciende la fiebre con tipo remitente, y en vista de estos signos diagnostico la supuración del exudado. Rechazada toda intervención operatoria, me veo en el caso de seguir aplicando el tratamiento médico; dos semanas después de esta recrudescencia el exudado había desaparecido casi por completo, mientras la temperatura por lisis había tornado á la normal. Creo que en este caso hubo reabsorción del pus.

Dos veces he observado la apertura del absceso peritiflítico en el intestino. En un caso se trataba de un joven de 13 años, el cual 6 días después del principio de la enfermedad, comenzó á evacuar pus por el recto, declarándose luego un alivio que fué definitivo. En el otro caso el desenlace no fué feliz; había yo diagnosticado un absceso peritiflítico, y estando á punto de operarlo, sobrevino una *debâcle* en la que se reconoció la presencia de pus, por lo cual los compañeros que habían visto al enfermo en consulta, y que

en aquellos momentos se disponían á ayudarme en la operación, opinaron que ésta debía aplazarse en vista de que el vaciamiento de pus en el intestino, produce á menudo la curación espontánea. Desgraciadamente entonces no fué así y el paciente sucumbió á la infección.

En cuanto á la apertura del foco en la serosa libre, produciendo una peritonitis mortal, es siempre una amenaza constante del absceso peritiflítico que nunca debe olvidarse para normar la conducta terapéutica.

No siempre la infección se neutraliza en la formación de un absceso; á uno, sucede otro y otro, constituyéndose la forma supurada progresiva.

Finalmente, la infección piogénica puede pasar del peritoneo á las vísceras macizas, hígado, bazo, etc., y regarse por todo el órgano desarrollando la piohemia.

Diagnóstico.

Reconocer una apendicitis es cosa generalmente fácil; pero está muy lejos de ser siempre así.

Nada es más común que confundir un padecimiento apendicular crónico y aun agudo con padecimientos similares de los órganos sexuales internos en la mujer, y muchas veces el diagnóstico sólo se aclara en la operación; sin embargo, el estudio atento de los antecedentes en su relación con el estado actual y la marcha de la afección pueden poner en verdadera vía.

Ya hemos visto cómo localizaciones tuberculosas, cancerosas, actinomicósicas y sifilíticas en el ciego han podido en ciertas condiciones ser tomadas por apendicitis; las más de las veces el diagnóstico se hace en la operación.

Recuerdo á este propósito el caso de un niño de 9 años que fué operado en el «Hedwig-Krankenhaus» para una supuesta apendicitis. Al abrir el vientre se encontró una extensa tuberculosis de la región íleo-cecal, para la cual fué preciso hacer una amplia resección intestinal, practicando en seguida la anastomosis latero-lateral.

Hace algunos años tenía importancia hacer el diagnóstico entre la tiflitis estercoral y la apendicitis; ahora nadie se preocupa por ello, porque parece que la tal tiflitis no existe.

Algunas veces se ha confundido una apendicitis de forma difusa rápidamente colápsica con una obstrucción intestinal; la atención dirigida á la secuela de los fenómenos aclarará las dudas.

Diagnosticada una apendicitis, es necesario establecer si el proceso está limitado al órgano ó si hay á la vez infección periapendicular; esta determinación es muy importante para las indicaciones terapéuticas.

El diagnóstico es claro en los casos extremos: apendicitis simple, forma difusa sobre aguda; no así en los casos intermedios. Lauenstein, que acaba de presentar en el último congreso de la «Deutsche Gesellschaft für Chirurgie» verificado en Abril de este año en Berlín, insiste mucho sobre esta cuestión de diagnóstico.

Para resolver este problema en tiempo oportuno es *necesario observar los enfermos desde el principio;* la brusca aparición del dolor, los vómitos y la fiebre, así como la comprobación de un exudado en las primeras 24 horas son signos bastante fundados de perforación.

La ausencia de un exudado palpable no es signo de no perforación; podrá no ser asequible á la exploración, al menos al principio.

A esto puede añadirse las indicaciones dadas por la numeración de los glóbulos blancos en la sangre.

Para los que operan temprano todas las apendicitis *perforativas*, aquí queda terminada la cuestión de diagnóstico.

Mas por una parte hasta estos momentos, aún no se establece como regla general operar desde el principio, aunque los partidarios de la operación temprana son cada día más numerosos; por otra, los enfermos no vienen luego á manos del cirujano, ni las intervenciones son aceptadas luego que son propuestas; así es que por una razón ó por otra, pasada la primera oportunidad operatoria (me refiero á la forma perforativa inicialmente circunscrita; que en la difusa la indicación operatoria siempre está en pie), entonces como el proceso puede terminar por resolución, ó por la supuración, se ofrece la cuestión de diagnosticar la presencia del pus.

Cuando la temperatura no cae del 5º al 6º día, ó bien cuando ya abatida se eleva de nuevo, es de creerse en la existencia del pus.

La apreciación de la leucocitosis da una buena indicación diagnóstica y aun pronóstica. Si la cifra normal varía entre 10,000 y 12,000 por milímetro cúbico en caso de supuración sube á 16, 20, 25 y 30 mil. Sin embargo, hechos observados por Sonnenburg, han mostrado casos de supuración sin aumento de la cifra leucocítica.

¿Dónde está el absceso?

Esta cuestión no es siempre fácil de resolver. Generalmente ocupa la fosa ilíaca derecha, sea inmediatamente bajo la pared abdominal, sea detrás de algunas asas intestinales.

¿La fluctuación? Es raro que pueda producirse; sin embargo, algunas veces el pus primitiva ó secundariamente se colecta en la cavidad de Douglas, y entonces es posible producir el fenómeno de la fluctuación.

Con este motivo me permito observar, que en todo caso de apendicitis *jamás se debe prescindir del tacto rectal, y siempre que se pueda* se hará también el vaginal.

Hay que explorar también la fosa ilíaca izquierda, los flancos y las regiones lombares.

Queda un supremo recurso: la puncion exploradora.

Algunos cirujanos como Koenig no la aceptan sino con gran reserva; por lo contrario, los Profesores Koertz y Rottere la usan ampliamente. El primero, según su experiencia opina que ni pasando al través de una asa intestinal la punción sería de consecuencias.

Comprobado el pus en una región, no hay que olvidar que pueden coexistir otros focos ó formarse secundariamente. (Peritonitis purulenta progresiva). En los hospitales «Moabit» y Santa Eduwigis de Berlín se da mucha importancia á los datos de la leucocitosis; en todos los casos de apendicitis se lleva un registro diario de la cifra leucocítica cómo se registra el pulso y la temperatura.

Abierto un foco ¿la leucocitosis desciende á la normal? Todo va bien; pero cuando permanece alta ó aumenta es signo de que la infección aún no se agota y hay que buscar el pus en otros focos. Por de contado los signos dados por la leucocitosis tienen valor asociados á los demás.

En mis casos personales sólo una vez he recurrido á la observación leucocitósica.

No ha mucho tuve el honor de ser llamado para atender á uno de los hijos de un distinguido y sabio colega. Se trataba de una apendicitis en el tercer día; había un exudado en la fosa ilíaca y la temperatura se mantenía ele-

vada. Me permití indicar que en aquellos momentos debía continuarse con el tratamiento médico, estando listos para operar si se mostraba la presencia del pus, y encargué que se practicara la numeración de los leucocitos, trabajo que fué encomendado á mi inteligente y estudioso compañero el Dr. Vergara Lope. El examen de la sangre dió una cifra para los leucocitos doble de la normal: la supuración era inminente. Al día siguiente, fijado para la operación, había descendido la temperatura, los fenómenos locales habían mejorado, había curso de las materias fecales, persistiendo sólo el exudado doloroso á la presión. El examen de ese día indicó una reducción en la leucocitosis; éste fué el indicio de la franca mejoría.

Un examen ulterior indicó la cifra normal: el proceso había terminado por resolución.

Pronóstico.—El hecho de que muchos casos evolucionan hacia la curación (apendicitis simple), la mejor comprensión de las indicaciones operatorias, y el perfeccionamiento en la conducción de las intervenciones quirúrgicas por otro, han modificado favorablemente el pronóstico de estas notables afecciones. Sin embargo, algunas formas dan todavía una mortalidad elevada: la forma difusa séptica inicial, de la que muy pocos salvan, gracias á una intervención precoz.

Vienen en seguida en gravedad decrescente, la forma piohémica, la peritonitis purulenta generalizada, la forma supurada progresiva, y por fin el absceso apendicular solitario.

En cuanto á la apendicitis crónica, es una amenaza constante, pues en cualquier momento puede sobrevenir una crisis aguda que puede poner directamente la vida en peligro; por otra parte, si á veces cura espontáneamente, las más, por las molestias que provoca, reduce al paciente á un estado valetudinario.

Tratamiento.

Pocas cuestiones han sido más discutidas que la de que se trata, y hasta ahora sin embargo no se ha llegado á un completo acuerdo, aunque hay algunos puntos ya bien establecidos.

El estudio más concienzudo de la anatomía patológica y sobre todo el conocimiento y distinción de las formas clínicas, ha hecho más juiciosa la terapéutica de *las apendicitis.*

Y desde luego es un error, aunque lo sostenga Dieulafoy, querer aplicar á todo ataque apendicular la intervención quirúrgica. Todos los prácticos han podido observar casos de apendicitis evolucionando hacia la curación, influenciados sin duda favorablemente por un racional tratamiento médico.

Este está en su lugar en tratándose de la *apendicitis simple.* El reposo, la dieta láctea con parquedad, un purgante moderado (aceite de ricino) y aplicaciones heladas. Yo prefiero abstenerme de purgantes, y recurro á pequeñas dosis subcutáneas de morfina para calmar el dolor, mientras procuro restablecer el curso de las heces por medio de lavativas simples ó con esencia de trementina.

Algunos gustan de administrar al interior algunos centigramos de calomel asociado al opio y á la belladona; no hay qué objetar á ello.

Pasado el primer momento, cuando el vómito desapareció, prescribo el salicilato de sodio, que me ha parecido ayudar á la resolución.

¿Se trata, por lo contrario, de la *forma difusa?* No hay que vacilar, no hay que discutir: todo el mundo está conteste en operar y sin demora. Aquí

no cabe la operación á frío, á no ser que se espere la frialdad de la muerte.

Todo lo que no sea preparar al enfermo para la operación es perder el tiempo, y la mejor preparación es la inyección subcutánea repetida de solución deci-normal de cloruro de sodio.

La intervención misma consiste en abrir el vientre, sea por la incisión de Roux, ó como yo prefiero, por la incisión de Jalaguier; extirpar el apéndice según las reglas clásicas si se puede; si no, al menos atraerlo hacia la herida abdominal y canalizar el vientre. Tal es la conducta generalmente aceptada en las formas extremas.

Vamos á considerar ahora el tratamiento de la forma *perforativa* con proceso periapendicular circunscrito.

Dado un caso de este género nunca se tienen elementos para saber acertivamente el giro que deberá tomar; si felizmente terminará en la resolución, si se resolverá en un absceso solitario, si tomará el carácter de la peritonitis supurada progresiva, de la purulenta generalizada ó si por fin acabará en la piohemia.

¿No es pues racional, al principio, eliminar la fuente de la infección y evitar á todo trance la invasión de la serosa libre? Este razonamiento invocan los partidarios de la operación *en caliente;* sus adeptos son numerosos y entre ellos se cuentan cirujanos de la talla de Koerte, tan competente en todos los ramos de la cirugía abdominal.

Una cosa hay que establecer; para que la operación temprana sea beneficiosa, debe ser practicada dentro de las primeras 48 horas. Pasado ese tiempo, esa oportunidad operatoria, sólo hay que intervenir cuando se muestra la presencia del pus, ó en casos de conversión generalizada.

Antes de pasar adelante debo advertir que, á pesar de los razonamientos, á pesar de la mejoración de ciertas estadísticas, cirujanos hay y son también numerosos que en los casos de que vengo tratando, opinan por la expectación mientras la indicación de operar no se haga más clara (generalización, absceso). Tal es la conducta de Rotter, y del mismo parecer acaba de mostrarse Sonnenburg, especialista en el ramo, en el último congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía.

Si debiese dar mi opinión sobre cuestión tan difícil, diría que me adhiero á la práctica seguida en el "Hedwig-Krankenhaus de Berlín, porque me parece la más prudente. Aunque en efecto, dado un caso de apendicitis de esta índole, no se sabe en el concreto la marcha que deberá seguir, la observación muestra: que muchos casos terminan por resolución (peritonitis sero-fibrinosa); que dado que así no suceda vienen en orden de frecuencia, el absceso solitario y la supuración progresiva; que es muy rara la conversión directa de forma circunscrita en generalizada y excepcional la forma piohémica cuando se han abierto los focos á tiempo. Luego, admitiendo que el paciente corre cierto peligro, parece prudente en la forma circunscrita, mientras se mantiene así, esperar, aplicando entretanto el tratamiento médico y tratar de sorprender, digámoslo así, la aparición del pus ó la generalización si desgraciadamente ocurre.

El tratamiento médico en estos casos tiene que ser más severo: dieta absoluta, aplicaciones heladas continuas, morfina *para calmar el dolor.* Desde que se comprueba un exudado periapendicular, donde la supuración es inminente, juzgo enteramente contraindicados los purgantes; si no logran vencer la paresia intestinal son inútiles, si logran mover el intestino contri-

buyen sin duda para propagar la infección, cuando hay interés en mantenerla circunscrita. No puedo olvidar el caso de una desgraciada joven que vi en el cuarto día de enfermedad presa de una peritonitis purulenta generalizada, por apendicitis; la infeliz había recibido como único tratamiento purgantes de todo género. ¡Horror!

Inmediatamente que se sorprende la generalización del proceso, no hay que perder tiempo: se abre la fosa ilíaca ó las dos y se canaliza ampliamente, ligando por de contado el apéndice si se halla á mano; se prescinde del lavado peritoneal. Antes y después de la operación, inyecciones de suero, de alcanfor 1:4, etc. No hay signos de generalización, pero la temperatura no desciende del 5º al 6º día, ó bien la temperatura ya abatida se eleva de nuevo, ó se descubre aún alguna colección purulenta, la operación se impone. Esperar á que el foco se *enfríe* es exponer al enfermo á gravísimos peligros. No; aquí como siempre es regla de buena cirugía la pronta y amplia evacuación del pus; esa es la mejor antisepsia.

Algunas veces toda la intervención se reduce á desbridar un foco de la cavidad de Douglas; su técnica es por demás sencilla: dilatación del ano, punción con un trócar capilar para cerciorarse de que se está en el foco; por el trócar, sirviendo de conductor, se desliza una pinza que agranda el orificio (esto se facilita notablemente con el instrumento de Landau); drenage.

Generalmente hay necesidad de abrir la fosa ilíaca, prefiriéndose en estos casos la incisión de Roux. Nada es más fácil cuando el foco está inmediatamente detrás de la pared abdominal; mas no siempre es así, sino que se cae sobre las asas intestinales adheridas ó libres. El primer cuidado entonces es circundar el foco con gasas asépticas, si es que no hay adherencias, en seguida se procede á una exploración prudente; no es raro que en esta simple maniobra se descubra el pus, otras veces hay que explorar con la aguja aquí ó allá. Si la exploración no da resultado, se canaliza y se tapona: en los días siguientes aparece generalmente el pus en el apósito. Las gasas-drenage se cambian á diario; las que sirven de barrera se retiran paulatinamente.

Terminado el proceso, si no se pudo ligar el apéndice, queda indicada su extirpación; pero cuando persiste, como á veces sucede, una fístula estercoral, es indispensable.

Por una condición semejante recientemente operé una enferma en el Hospital Béistegui, habiendo sido galantemente invitado por mi inteligente compañero y amigo el Sr. Dr. R. Raigadas, encargado entonces de uno de los servicios de aquel establecimiento.

Se trataba de una joven de 15 años que entró con un absceso de la fosa ilíaca derecha, consecutivo á una apendicitis. Se desbridó el absceso haciendo una incisión paralela al arco de Poupart; la enferma mejoró, pero quedó una fístula que no cedió á los medios ordinarios. Entonces, consultado sobre el caso, propuse la extirpación del apéndice y me hice cargo de la operación.

Rodeado de las precauciones asépticas más rigurosas, comencé por cauterizar con el Paquelin el trayecto fistuloso, taponando luego con gasa yodoformada.

Procedí luego á abrir el vientre haciendo una incisión de ocho centímetros en el borde externo del recto anterior, descubierto su borde lo separé hacia dentro, hice á un lado los vasos y nervios que encontré encima de la hoja posterior de su vaina, corté ésta y el peritoneo, cuidadosamente amplié la incisión, y rodee el campo operatorio intra-abdominal con gasas asépticas.

El epiplón se encontró muy adherido á la pared abdominal y tuve que dividirlo entre ligaduras.

Se halló el apéndice también adherido, y fuertemente, á la pared del vientre; ligué el meso, apliqué una pinza de forcipresión cerca de la embocadura del apéndice en el ciego, pasé una ligadura con seda abajo de la pinza y dividí con el termo; cautericé á conciencia el muñón y lo envolví en un pliegue del ciego por medio de una sutura sero-serosa. Tosté con el termo el punto de la pared, de donde había disecado el apéndice adherido, irrigué moderadamente con agua esterilizada caliente y procedí á cerrar el vientre tratando de rehacer los planos divididos, habiendo previamente pasado cuatro puntos de refuerzo. Por exceso de precaución dejé una tira de gasa en el ángulo inferior de la herida. La marcha post-operatoria fué de lo más feliz; cuatro días después se retiró la gasa; las suturas se quitaron á los diez días: la cicatrización se hizo aséptica, la fístula cerró rápidamente y la enferma fué dada de alta enteramente curada.

La extirpación del apéndice en frío casi no tiene peligros, supuesta la técnica aséptica.

Ahora se considera indicada no sólo en casos como el anterior y en la apendicitis crónica de abscesos repetidos; sino después de cualquier ataque apendicular por benigno que haya sido, á fin de poner al enfermo á salvo de futuros peligros.

Hay más; en Estados Unidos se practica la extirpación como medida profiláctica, pero esa conducta no ha hallado eco entre cirujanos serios.

México, Agosto 20 de 1904.

DR. M. GODOY ALVAREZ.

SECCIÓN XI.

LA CELIORRAFIA ANTERIOR

POR EL

DR. RICARDO SUAREZ GAMBOA.

(CONCLUYE)

Se ve, pues, por todas estas consideraciones, que la sutura de los tres planos de la pared abdominal en la *Celiorrafia anterior*, tiene cada una su indicación bien definida. La *sutura del peritoneo* protege y abriga á la gran cavidad peritoneal y á los órganos ahí guardados, contra todos los productos que se pudiesen producir en la herida abdominal. *Es una sutura francamente de protección.* En algunas horas realiza su misión y es la más fácil de obtener y de abandonar. La *sutura de la aponeurosis* tiene por objeto principal el de *rehacer el plano de resistencia abdominal.* Su misión comienza en el momento mismo en que se retiran los hilos de sutura, y *debe durar toda la vida de la operada. Constituye el verdadero centro de acción del cirujano, y su técnica debe importarle en grado sumo.* Lo repito: *El porvenir de la sutura aponeurótica representa el porvenir total de la Celiorrafia anterior.* La *sutura de la piel* representa otra *sutura de protección:* ampara y abriga todos los fenómenos metabó-

licos del espesor de la herida; aisla la profundidad del exterior y de sus causas de infección, y es á la vez la vía para poder penetrar al interior de la herida en caso de necesidad. La duración de su efecto varía de diez á doce días.

Estos tres planos de SUTURAS, que constituyen la CELIORRAFIA ANTERIOR, afrontan y reunen exactamente los dos bordes de la herida abdominal anterior. No basta esto. Estos bordes de la herida, comprendidos entre los hilos de las suturas, se hallan comprimidos, ligeramente estrangulados, irritados al máximum por el hilo, cuerpo extraño; necesitan un reposo absoluto y una unión fija, para lograr que los fenómenos de la cicatrización se realicen con regularidad. Ellos por sí mismos no bastan para inmovilizar correctamente las superficies afrontadas, y los estiramientos, imposibles de evitar, producirían desgarraduras y estrangulamientos nocivos. Hay necesidad de proteger estas suturas, de inmovilizar los planos y las superficies por medio de hilos comunes, que tomen gran espesor de tejidos. A estos tres planos de SUTURAS, débese agregar una SUTURA COMUN ó de PROTECCIÓN ANATÓMICA.

TECNICA DE LA CELIORRAFIA ANTERIOR.

Comiéncese por proteger eficazmente las asas intestinales. Para lograr esto, introdúzcase una compresa amplia y bien extendida, entre la pared abdominal anterior y el contenido del abdomen.

Reconózcase la incisión peritoneal. Yo comienzo casi siempre por el ángulo inferior de la herida, vuelto ahora superior, por la posición declive de la enferma. *(Trendelemburg.)*

Algunas veces, las contingencias operatorias han producido el elongamiento de la incisión peritoneal, hasta sobre la vejiga. Por medio de unas pinzas, aclárese bien el ángulo peritoneal. Comiéncese una sutura en hilván, con seda fina, sobre las paredes mismas de la vejiga si fuere menester, y súbase el hilván á todo lo largo de la incisión, procurando que todas las puntadas queden bien próximas unas de otras y que el peritoneo se vaya invirtiendo á medida que la costura avanza. Antes de terminar la sutura, en el ángulo opuesto de la herida peritoneal, extráigase la compresa que protege las asas intestinales. Cuídese de que toda la incisión peritoneal quede bien suturada, terminando el nudo, SIEMPRE, sobre la serosa en su parte no incindida. El resultado de esta sutura lo muestra la Fig. I.

Procédase ahora á la buena hemostasis de la herida, si no se ha verificado antes. Cuídense particularmente dos venas que en el ángulo de la herida más próximo al pubis, sangran siempre con abundancia. Con tijeras regularícese bien todo el borde interno de los músculos rectos y liguense bien los vasos sangrantes. Si la cavidad celular retro-púbica ha sido muy desgarrada, ciérrese por medio de hilos de seda que comprendan las paredes vesicales, superficialmente, y el peritoneo vesical, uniéndolos con la inserción inferior de los músculos RECTOS. ES MUY IMPORTANTE no dejar la cavidad de *Retzius* abierta. Si las perpeicias operatorias han producido trastornos tales que no sea posible cerrar bien esta cavidad celular supra-vesical, canalícese con una pequeña tira de gasa aséptica. CUÍDESE MUCHO EL BUEN TRATAMIENTO DE ESTA CAVIDAD.

Una vez bien suturado el peritoneo, bien tratada la cavidad de *Retzius* y bien limpia y exangüe toda la herida parietal, procédase á colocar los grandes puntos de SUTURA DE PROTECCIÓN, por medio de gruesas crines de Florencia. La aguja, una aguja grande y curva, penetra á dos ó tres centímetros

afuera del borde de la línea de la herida cutánea; atraviesa la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis, los músculos rectos en todo su espesor, y saliendo á través del fascies subperitoneal, pasa al otro lado de la herida, recorriendo el mismo camino, en sentido inverso, hasta atravesar de nuevo la piel. Estos puntos de crin no se anudan. TÓMESE CADA EXTREMO DE LA CRIN CON UNA PINZA DE PRESIÓN Y DÉJESE LA HERIDA ABIERTA. Cada cinco ó seis centímetros, en el trayecto de la incisión, póngase una crin de Florencia, comprendiendo iguales tejidos. La herida abdominal, al terminar de colocar estos puntos de crin, debe hallarse con la capa peritoneal profunda y la cavidad prevesical bien cerradas, con una serie de pinzas de presión á derecha é izquierda, bien repartidas, sosteniendo las extremidades de los hilos de crín, que penetrando y saliendo fuera de los bordes de la herida, se les ve atravesar en el fondo de la incisión. (Véase la Fig. II.) Nada debe sangrar; la herida debe estar perfectamente limpia. Si se tiene á mano suero esterilizado, caliente, es de utilidad hacer una irrigación abundante entre los labios de la incisión. Enjúguese la herida, procurando no friccionar con las compresas de gasa la superficie de los tejidos.

Ahora procédase á la SUTURA DE LA APONEUROSIS. (Estúdiese detenidamente la Fig. III.)

Se debe comenzar por reconocer cuidadosamente la aponeurosis. Si el corte de ella se ha hecho exactamente al nivel de la incisión del tejido celular subcutáneo, diséquense cuidadosamente ambos labios de la incisión, á modo de descubrir toda la cara anterior de la aponeurosis en una extensión de centímetro y medio á dos centímetros, á contar de los bordes libres de la sección aponeurótica. Descúbranse y reconózcanse bien los ángulos inferior y superior de la incisión de la aponeurosis. Enhébrese una aguja fuertemente curva, con una seda gruesa *número diez*, de la graduación de *Johnson y Johnson*, y de una longitud grande. Húndase la aguja sobre la parte más culminante del pubis, como á tres centímetros abajo del ángulo inferior de la herida cutánea y á través de la piel sana. La aguja sale al nivel de la aponeurosis sobre su cara anterior, ó al nivel de la sínfisis del pubis, si la sección aponeurótica ha sido llevada hasta ese punto. El extremo inferior de la seda, distante quince ó veinte centímetros del punto de introducción de la aguja, se toma por medio de una pinza de presión. Ahora, con la misma aguja, á un centímetro afuera del borde de la incisión aponeurótica, hágase un punto de sutura que comprenda centímetro y medio de extensión en la aponeurosis misma; pásese al labio opuesto de la incisión aponeurótica, y á igual distancia de la incisión correspondiente á ese lado, es decir, á un centímetro del borde libre de la herida de la aponeurosis, hágase otro punto de sutura que corresponda exactamente á la misma posición y á la misma extensión del punto de sutura verificado en el labio opuesto. Sin apretar el hilo, y cuidando siempre de que los puntos de sutura de ambos labios se correspondan, continúese pasando el hilo de seda á través de uno y otro labio de la aponeurosis incindida, conservando siempre la equidistancia y el paralelismo de las diferentes porciones de aponeurosis comprendidas en todas las asas alternadas de suturas.

Al llegar al ángulo superior ó umbilical de la incisión de la aponeurosis, procúrese hacer una asa de esta sutura longitudinal sobre la aponeurosis no incindida, y luego, introduciendo la aguja al nivel de la cara externa de la aponeurosis, y atravesando oblicuamente el tejido célulo-grasoso y la piel sana, al nivel de la región umbilical, dése salida, á través de la piel sana, al extre-

mo armado del hilo de sutura, en una dirección contraria, pero análoga, á la dirección que el extremo libre de la seda tiene aún en el ángulo inferiorde la herida.

Ahora, tírese metódica y enérgicamente de los dos extremos de la seda que sirvió para practicar esta sutura, es decir, del extremo que corresponde al pubis y del que emerge al nivel de la región umbilical. (Véase la Fig. IV.) La seda, ante esta tracción combinada de sus dos extremos, tiende á tomar la dirección rectilínea y afronta exactamente todas las zonas aponeuróticas comprendidas en el espesor de sus asas paralelas. La aponeurosis abdominal anterior se encuentra afrontada y sólidamente reunida al nivel de su cara anterior, por el estiramiento de este hilo de seda, que hace el mismo efecto, en su funcionamiento, que el que se puede observar al verificar las tracciones verificadas en los cordones con que las señoras procuran oprimirse el corsé. Cada extremo exterior de esta seda que ha servido para reunir la aponeurosis, después de haber sido suficientemente tendida, anúdese sobre pequeños rollos de gasa aséptica, procurando no disminuir la tensión interna de este hilo, incidente que traería por consecuencia la flojedad de la sutura aponeurótica.

El mecanismo de esta sutura es bien sencillo: el hilo de seda que serpentea de un borde á otro de la incisión de la aponeurosis, comprendiendo entre sus asas extensiones amplias de tejido fibroso, al tomar la dirección francamente rectilínea que las tensiones que el cirujano verifica sobre los cabos le imprimen, produce el contacto de todos los puntos comprendidos en su trayectoria, al nivel de la cara anterior de la aponeurosis, al mismo tiempo que la inversión hacía el fondo de la herida, de los bordes libres correspondientes á la abertura de la aponeurosis. Más tarde, la compresión de los puntos de sutura en masa, hechos por medio de los hilos de crin de Florencia, procurarán el afrontamiento de la aponeurosis en una zona ancha de un centímetro y vigorosa y sólidamente coaptada. La cicatriz aponeurótica obtenida por este medio es de una amplitud suficientemente grande para garantizar la perfecta solidez y la completa resistencia de ella.

Los métodos antiguos, que producían el afrontamiento de los bordes en la sección de la herida aponeurótica, daban una zona de cicatriz fibrosa, con una amplitud aproximada de un medio milímetro á un milímetro. Si consideramos la lentitud de la cicatrización perfecta del tejido fibroso, la facilidad en el reblandecimiento de los hilos de sutura reabsorbibles, y la intolerancia, algunas veces extraordinaria en ciertos organismos, para los hilos no reabsorbibles, aunque bien estériles, llegaremos á reconocer que el desiderátum que llena este nuevo procedimiento mío, para la sutura de la aponeurosis abdominal anterior, puede manifestarse bajo la forma de estas dos grandes ventajas adquiridas:

COAPTACIÓN ANCHA, SÓLIDA, EFECTIVA, PERMANENTE Y GARANTIZADA, DE UNA BUENA PORCION DE LA CARA ANTERIOR DE LA APONEUROSIS ABDOMINAL ANTERIOR.

UTILIZACIÓN DE UN HILO DE SUTURA RESISTENTE, NO REABSORBIBLE, CONSTANTE EN SU TENSIÓN Y FÁCILMENTE RETIRABLE UNA VEZ SU MISIÓN CONCLUÍDA.

Una vez la capa peritoneal y la cavidad de *Retzius* bien suturadas y cerradas; una vez verificado el afrontamiento riguroso y exacto de la aponeurosis del *grande oblicuo* por mi método y con las seguridades anunciadas anteriormente, procedase á anudar las extremidades correspondientes de los hilos de crin de Florencia, colocados previamente á través de las capas cutánea, aponeurótica y muscular, que constituyen ambos bordes de la herida abdominal que se trata de cerrar.

Estos puntos de sutura en masa, no teniendo más objeto que sostener la acción de las suturas parciales cutánea, aponeurótica y peritoneal, deben, conformándose á su papel de protección, apretarse medianamente. Los esfuerzos respiratorios, musculares ó intestinales, haciendo eco directo sobre los hilos que sostienen la reunión del peritoneo y de la aponeurosis, terminarían por ocasionar estiramientos, congestiones, estrangulamientos y aun necrosis, al nivel de los tejidos encerrados entre las asas de los hilos que constituyen las suturas parciales. Es menester que la línea de suturas correspondientes á los diversos planos permanezca inmóvil en su afrontamiento, fácil en su circulación y cómoda en su vitalidad. Para lograr esto; para evitar que los esfuerzos de las enfermas, imposibles, desgraciadamente, de evitar, sean nocivos al funcionamiento biológico de los elementos anatómicos puestos en contacto, coloco estos puntos de sutura en masa, destinados exclusivamente á un papel de *protección*.

En tal concepto, el cirujano, al anudar estos hilos de crin, se limitará á producir suaves presiones y á coaptar uniformemente el espesor de los tejidos comprendidos en el asa de las crines. Si estas asas de crin se comprimieran con exceso, producirían el estrangulamiento de los tejidos, se enterrarían en el espesor de la piel, y, además de producir á la paciente inútiles dolores y cicatrices accesorias deformes, pondrían al cirujano en dificultades para la extracción de los hilos, y en peligro de tener que combatir inesperadas y desagradables infecciones.

Poco queda por hacer. La herida abdominal está ya casi cerrada; sólo algunos segmentos de la herida cutánea quedan aún entreabiertos. Una sutura intradérmica, hecha con catgut, como he visto practicarla á algunos cirujanos franceses; un hilván fino, hecho delicadamente con seda, según pude ver practicar á cirujanos norteamericanos; puntos de sutura entrecortada, hechos con crin, como se estila frecuentemente en México; ó una serie de esos pequeños broches metálicos con que Michel ha dotado últimamente á la práctica general de las suturas cutáneas, y que yo habitualmente uso, reunen los bordes de la piel y permiten la terminación fácil, rápida y elegante de la *Celiorrafia anterior*. (Fig. V.)

He terminado la exposición de mi nueva técnica para la práctica de la *Celiorrafia anterior*. Pocas palabras quédanme aún por agregar.

La duración de los hilos de sutura, utilizados en ella, varía.

El hilo de seda, utilizado para el afrontamiento del peritoneo, queda completamente abandonado al quimismo celular de los tejidos. Se enquista pronto; sus elementos orgánicos se toleran; y sin perder sus facultades de resistencia, impele á la serosa peritoneal á reaccionar vivamente, obteniendo sólidas adherencias entre sí.

La sutura de la piel, si ha sido hecha con catgut por el método intradérmico, tampoco debe preocupar al cirujano. Si se ha hecho con seda, no debe retirarse antes del día duodécimo, consecutivo á la operación, ni después del décimoquinto. Si ha sido practicada con los pequeños broches de Michel, no presentará inconveniente en retirarse á fines de la segunda semana.

El hilo de seda que sutura la aponeurosis, está destinado á una duración mayor. La constitución peculiar de la aponeurosis exige un contacto mayor de sus superficies para la verificación de una buena cicatriz. Si el peritoneo consolida en horas al cicatrizar; si la piel solicita algunos días para reunir sus bordes sangrientos, la aponeurosis, torpe en sus reacciones, lenta en su nu-

trición y poco activa en sus elementos de organización, necesita para producir una buena cicatriz, un plazo no menor de *diez y ocho días.*

A los doce días puede retirarse la sutura de la piel; pero la seda que sutura la aponeurosis, debe persistir. Con esta seda persiste la necesidad de sostener una asepsia rigurosa en la curación que cubre el vientre de la operada. A los diez y ocho ó veinte días, tómese delicadamente uno de los rollos de gasa que sujetan uno de los extremos de la seda en cuestión. Hágase una ligera tracción, á modo de obtener que un segmento de la seda que habitualmente se halla encerrada en los tejidos, salga al exterior. Sobre esta *zona intra-celular* de la seda, á dos centímetros del punto de amarre sobre el rollo de gasa que la sostiene, córtese la seda. Basta tirar del rollo de gasa que sujeta el otro extremo, para que con una facilidad extraordinaria, sin dolor ni molestias para la paciente, el cirujano pueda extraer todo el hilo de seda que sirvió para afrontar, sostener y cicatrizar la aponeurosis abdominal anterior.

Los resultados de la *Celiorrafia anterior*, por mi procedimiento descrito, son excelentes. Mi estadística, consignada en una serie de actas existentes en mi Clínica ginecológica particular, es significativa: cien casos con cien curaciones. La facilidad en su ejecución, la rapidez en su técnica, pude comprobarla ante gran concurso médico, operando dos veces con ella en el Instituto «*Federico Rubio,*» en Madrid, durante el XIV Congreso Médico Internacional, y con buena aceptación de los cirujanos allí congregados. En cuanto al porvenir de mi método, á la duración de mi nueva entidad quirúrgica, á la vida de mi técnica nueva y original, repito, para concluir, lo que dije al comenzar: «*A la práctica privada de cada operador que me siga, apelo para decidir del porvenir de la Celiorrafia anterior.*»

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA MEDICACION ALCALOIDICA EN LA PRACTICA GINECOLOGICA.

En una serie de artículos de nuestro antiguo amigo y conocido de los lectores habituales de la «Crónica,» el Dr. Marty, hemos encontrado uno que ha llamado nuestra atención, tanto por el interesante punto que aborda como porque los problemas terapéuticos que abraza y procura resolver, son de aquellos que se nos presentan diariamente en la práctica de todos los días.

Trátase en dicho trabajo de los accidentes que se observan en la pubertad y que, como acabamos de decir, se nos ofrecen á cada paso.

El Dr. Marty con sobra de justificación hace notar desde el principio que no es posible en caso alguno establecer reglas absolutamente fijas, lo cual es de suponerse desde que sabemos bien que debemos siempre tratar enfermos y no enfermedades.

Comienza el autor definiendo la *pubertad* como una de las grandes crisis á que está sujeta la humanidad al llegar al primer cuarto de su existencia, pues el período puberal, según el sexo, la raza y el clima comprende y abraza de los 12 ó 14 años hasta los 22, y está caracterizado por actos fisiológicos

distintos que pueden ser modificados, entorpecidos ó desviados y suprimidos por una infinidad de causas de orden físico ó patológico. Y estas causas tienen siempre una influencia mayor ó menor sobre el individuo, según la predisposición que tiene.

La pubertad, como es sabido, no solamente está caracterizada por la madurez sexual, por el desarrollo del cuerpo y de la inteligencia y el cambio moral que entraña la aparición de nuevos sentimientos y nuevas aspiraciones que despierta el mismo perfeccionamiento ó madurez sexual.

Algunos seres bien dotados, ricos de salud, exuberantes de vigor y de energía atraviesan este difícil paso con gallardía y sin accidente, pero los no privilegiados, los débiles y mal pertrechados sufren algunas veces accidentes serios, aunque lo frecuente es que su organismo se mejore y experimente una influencia favorable en esa transición significativa.

Entre los muchos desheredados, entre el abundante proletario de todo el mundo, que sólo poseen una economía débil, mal nutrida, incapaz para la lucha y agotados por un trabajo prematuro y una vida desde la infancia llena de privaciones que han tenido por consecuencia un imperfecto desarrollo, entre esta enorme masa de la sociedad moderna, encuéntranse á diario las perturbaciones más variadas. Allí se observan sobre todo las reglas abundantes y dolorosas, la amenorrea, la dismenorrea, las menorragias y metrorragias, la leucorrea y como consecuencia de estas múltiples afecciones un estado deplorable del sistema nervioso rudamente atacado y un pauperismo fisiológico que hace de la vida de esas desventuradas criaturas una cadena de calamidades, un verdadero calvario patológico, que amarga toda una existencia y con toda seguridad la abrevia.

Por esa razón hay que conceder una atención especial á los trastornos que en esa época ocurren y el médico que desea establecer una terapéutica racional y provechosa debe ante todo conocer á fondo los fenómenos y caracteres ó circunstancias que determinan el empobrecimiento orgánico.

No debe olvidarse por ejemplo, que el crecimiento del aparato huesoso, rápido ya desde la infancia, continúa siguiendo el de los órganos de la reproducción. Y si este vigoroso crecimiento se efectúa sin que la economía en general provea los elementos necesarios para sostenerlo y fomentarlo y llevarlo á cabo, usará de las reservas lentamente acumuladas y sobrevendrá el desequilibrio y la quiebra final. La economía acusa el desorden de la nutrición, el sistema nervioso no funciona con la debida energía y regularidad y el estado conocido con el nombre de «cloro-anemia» se establece. Y la sangre entonces, cerrando el círculo vicioso, deja de ser apta para vivificar y sostener el sistema nervioso que no puede ya desempeñar las elevadas funciones que le corresponden y le están encomendadas. Las extravagancias del apetito, el cansancio físico al menor esfuerzo, la fatiga intelectual, la tristeza misma y el abatimiento moral revelan con evidencia la profunda perturbación del sistema nervioso.

La hipostenia fundamental que caracteriza á la clorosis influye sobre la homopoiesis, predomina el suero en la sangre y se debilita la coloración porque el substratum de un gran número de glóbulos se encuentra descompuesto, resultando un suero rico en fibrina pero pobrísimo en hemoglobina que es la parte respiratoria de los glóbulos sanguíneos.

La neurosis del sistema nervioso trófico en unión del estado hipohémico llegan á provocar un entorpecimiento en el desarrollo del pulmón que oca-

siona la dificultad de la circulcaión -cardio-pulmonar y los signos clínicos denuncian el aumento de volumen del corazón, su hipertrofia pasiva, la dilatación de sus cavidades y sus trastornos funcionales consecutivos. Hay palidez, cianosis de la cara, pulso pequeño y blando y soplos vasculares especiales.

En estos estados y para justificar la terapéutica indicada después, dice el Dr. Marty: «Segun el antiguo adagio latino *Natura morborum curationes ostendunt*, la concepción de las lesiones de nutrición general del periodo puberal, nos conduce á la terapéutica racional y justificada que será en todas estas enfermedades la dominante del tratamiento ordenado.»

Y el autor hace en seguida el rápido examen de los medicamentos á quienes debe confiarse la misión de remediar ese deplorable estado de cosas.

A. Fósforo.—Para remediar el empobrecimiento de los centros nerviosos hay que prescribir alimentos ricos en fosfatos y á la vez medicamentos que suministren á las celdillas el fósforo que necesitan y que varían según cada caso clínico.

El «hipofosfito de estricnina,» neurasténico por excelencia, será dado á la dosis de 3 á 6 gránulos al día, antes de cada alimento. Esta sal cumple á la vez la indicación de suministrar el fósforo y el mejor incitante vital. El «ácido fosfórico» viene en segundo término y obra admirablemente en la pubertad dada en dosis muy débiles, diluído en agua común para que al llegar al estómago se apodere de la sosa del cloruro de sodium y forme fosfato de sosa asimilable que restituye al organismo una parte de las sales de que carece ó sólo posee en dosis insuficiente. Esta acción es únicamente sustitutiva, pues ya sabemos que la clorosis de la juventud es curada con dosis muy pequeñas de fierro y ácido fosfórico.

Este puede darse también granulado al miligramo, 5 gránulos, según la susceptibilidad del sujeto, 3 ó 4 cuatro veces al día. Es preciso también para hallar la dosis suficiente examinar la acidez de la orina cuyo título normal es de 4,55. En caso de diátesis hipo-ácida el autor aconseja dosis mayores en las soluciones siguientes: Ácido fosfórico oficinal . . . . 30 gramos disuelto en agua hervida C. B. para hacer medio litro. La que él prefiere es sin embargo por ser mejor soportada la que sigue: Acido fosfórico medicinal . . . 60 gramos. Fosfato de sosa puro . . . . 125 gramos . . . . y agua destilada . . . . C. B. para hacer un litro. De esta solución se toma una cucharadita cafetera, se mezcla á un pequeño vaso de agua pura y se toma la mitad al comenzar cada comida. El fosfato de sosa y el fosfato ácido de potasa pueden darse también al enfermo y su asociación da asimismo buen resultado.

El Dr. Marty no se muestra muy partidario de los hipofosfitos de sosa y cal, ni de los glicerofosfatos que sólo igualan en su concepto la eficacia del ácido fosfórico dado *in natura*. En este detalle sin embargo diferimos un poco de su opinión, pues á los glicerofosfatos les hemos encontrado la grande y no despreciable ventaja de ser mucho mejor tolerados que las preparaciones de ácido fosfórico, ejerciendo además una acción sedante y ligeramente astringente sobre el estómago, lo cual hace que estén netamente indicados en los casos en que por el mismo estado de empobrecimiento fisiológico hay diarrea, puedan ordenarse y desempeñan un doble papel terapéutico. El Dr. Marty no obstante menciona con elogio los glicerofosfatos ácidos que considera como excelentes medicamentos y sobre todo los fosfo-gliceratos ácidos de sodium á quienes atribuye una suave acción laxante y colagoga utilisable en los dispépticos constipados.

Por esa razón y para acidificar al enfermo dándole en el momento de las comidas el medicamento bajo la forma líquida, recomienda como las mejores las dos preparaciones que en seguida insertamos: 1ª Fosfoglicerato ácido de sosa á 90 por 100 . . . . 70 gramos. Agua hervida . . . . C. B. para 250 cent. cúb. y 2ª Fosfoglicerato de sosa ácido á 90 por 100 . . . . 70 gramos. Acido fosfórico oficinal (D. 1,35) . . . 17 gramos. Agua hervida . . . . C. B. para 250 cent. cúb. El autor señala que 20 c. c. de esta última solución contienen 4 gramos de glicerofosfato y 0,50 centig. de ácido fosfórico anhidro.

B. Azufre.—El mejor medio de administrar este agente tan necesario para los elementos nerviosos es el mono-sulfuro de calcium, que químicamente puro, es ofrecido por el sulfhidral, medicamento que juzga el autor y con justicia bastante conocido para detenerse en su apología. Recomienda la administración de él á la dosis de 4 á 6 gránulos ó sean 4 á 6 centigramos al día, dosis que juzga suficiente para obtener efectos benéficos bastante ciertos y apreciables.

Como después de la oliguemia de los centros nerviosos hay que auxiliar la hemopoiesis pulmonar, el autor recomienda para ello el hipofosfito de estricnina, cuyo efecto debe vigorizarse con el arseniato de la misma estricnina, que además de su acción tónica tan universalmente conocida, aumenta las oscilaciones toráxicas y por ende los beneficios de una respiración amplia y profunda. A esto deben agregarse los ejercicios gimnásticos del tórax como el canto, favorecido por la permanencia en estaciones de una altitud conveniente. Las estaciones sulfurosas son asimismo útiles para los individuos anémicos, linfáticos, debilitados y que necesitan rehacer el vigor de su sistema nervioso.

Para la debilidad cardíaca que hemos señalado, revelada por la dispnea, los soplos y palpitacionas, la palidez, etc., el autor recomienda justificadamente la estricnina asociada á la digitalina y en casos especiales el arseniato de antimonio para prevenir la degeneración gránulo-grasosa del corazón.

Para los espasmos, la sofocación y en general todos los estados espasmódicos señala la asociación del Monobromuro de alcanfor y la admirable Hiosciamina, que tanto y tan justamente hemos preconizado nosotros en ocasiones distintas y en esta misma publicación.

Las funciones perturbadas del estómago deben combatirse por medio de la cuassina y la cubebina en los principales alimentos.

La regularidad de las funciones hepáticas puede procurarse por medio de la misma cuassina, del arseniato de cafeina y, agregamos nosotros, por el ruibarbo, cuya acción será sin duda alguna provechosa.

Para la regularización de las funciones del intestino aconseja el uso moderado del Sedlitz Chanteaud, una cucharadita en la mañana, en ayunas, para auxiliar el peristaltismo intestinal y alguna vez la jalapina.

Para terminar condensa las indicaciones principales en un cuadrito sinóptico como sigue:

Oliguemia de los centros nerviosos.—«Fósforo y azufre.»—Hipofosfito de estricnina.—Acido fosfórico.—Fosfato de potasa y sosa.—Glicerofosfato de sosa.—Sulfhidral.—Hemopoiesis pulmonar.—Clases pobres.—Arseniato de estricnina y sulfhidral.—Clases ricas ó acomodadas.—Gimnasia y Mecanoterapia pulmonar.—Ejercicios metódicos de canto.—Permanencia en altitudes elevadas.—Estaciones sulfurosas elevadas.—Debilidad cardiaca.—Arseniato de estricnina.—Tónico del sistema capilar.—Digitalina.—Cafeina.—Degene-

RACIÓN GRÁNULO-GRASOSA DEL CORAZÓN.—Arseniato de antimonio.—ESPASMOS Y CONTRACTURAS.—Bromuro de alcanfor.—Hiosciamina.—Daturina.—ESTÓMAGO. —Cuassina y cubebina.—HÍGADO.—Arseniato de cafeina.—Ruibarbo.—INTESTINO.—Sedlitz Ch. Chanteaud.—Jalapina.—Podofilina.

***

Como se ve en ese breve resumen de las indicaciones terapéuticas que reclaman en la pubertad las afecciones variadas que con frecuencia entorpecen el paso y la marcha de ese crítico período de la vida, el Dr. Marty señala únicamente las indicaciones del tratamiento interno que podemos llamar «fundamental,» desentendiéndose de las variantes exigidas por cada caso particular y del tratamiento local que exigen los diversos trastornos que acompañan y caracterizan á ese período de transición en la especie humana. Tampoco se ocupa de los recursos que la Higiene proporciona y que tan poderosamente contribuyen al buen éxito de cualquiera medicación.

Estas omisiones sin embargo no son de extrañarse, porque en este artículo del Dr. Marty, como en todos los suyos, se advierte la tendencia de trazar á grandes rasgos los lineamientos principales de las grandes medicaciones que se dirigen al encarrilamiento de las funciones desviadas, por la ministración de aquellos elementos exigidos en el laboratorio orgánico para obtener un estado fisiológico y normalizado.

Queda al buen criterio y á la habilidad del clínico encomendada la tarea de completar, con los detalles exigidos por las circunstancias de cada enfermo, el tratamiento sintético que acabamos de transcribir y que juzgamos apoyado por los datos que nos proporciona la fisiología y el conocimiento, bastante avanzado ya, de la acción especial que posee cada uno de los agentes medicamentosos de que en la actualidad dispone la terapéutica moderna.

México, Agosto de 1904.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XX.

MEDICINA LEGAL

UN DICTAMEN EN SU RELACION CON LA CLINICA.

Un problema científico es siempre una cuestión que debe tratar de resolverse apoyándose en datos de la ciencia misma, relativa al problema planteado; pero las ciencias particulares no son más que fracciones de la gran ciencia universal, en la que, puentes sutiles á veces, encadenan las cuestiones.

La medicina legal, rama á su vez de la medicina, tiene naturalmente que resolver problemas médicos; pero no se queda ahí: va más adelante y penetra en la noble ciencia de los derechos humanos para señalar al encargado de administrar justicia, cuál es la parte de pena y qué magnitud alcanza el fenómeno en virtud del cual se perturbó á la madre naturaleza vulnerando la vida ó los derechos de uno de sus hijos.

Por eso el problema que existe en la clínica, varía en la medicina legal,

y si el médico al ejercer su profesión debe tratar de proporcionar al paciente el mayor bienestar posible, el médico legista debe tener ante los ojos, que si al afirmar algo, á un cliente común, se le asienta un hecho de pura probabilidad, el perito, por el contrario con su afirmación, va á lanzar al presidio á un inocente, tal vez, miembro útil á la sociedad ó dejar libre á un loco ó impune á un delincuente.

Esas consideraciones y el hecho de que para hacer la luz, en un caso clínico de medicina legal, se sigan caminos un poco distintos de los seguidos en la clínica común, es lo que me ha inducido á publicar el siguiente dictamen, que en todos sus detalles, es la sanción de las apreciaciones arriba hechas.

***

«Los que subscribimos, peritos Médico-Legistas, certificamos: que por orden del C. Juez segundo de lo criminal, reconocimos á Pedro Colunga con el objeto de decir si tuvo *delirium tremens;* si en la actualidad, aún lo tiene, y si el delirium tremens quita el uso de la razón.

Cumpliendo con la orden anterior procedimos á examinar á Colunga, recoger algunos antecedentes de él y estudiar las constancias procesales.

Examen directo de Colunga.

Pedro Colunga es un individuo de treinta y cuatro años de edad, casado, zapatero, con la piel de color amarillo citrino, con pterigiones en ambos ojos y ligero temblor en los miembros superiores, siendo más marcado en el izquierdo. No viven sus padres ni sabe si tuvieron costumbres alcohólicas. El acostumbra beber desde la edad de catorce años, tanto pulque como diferentes licores, cometiendo excesos con frecuencia hasta embriagarse por periodos de ocho días y á intervalos de mes á mes y medio. Desde hace cuatro años, poco más ó menos, todas las veces que se embriagaba, mientras se encuentra bajo la influencia del alcohol, puede entregarse más ó menos á sus ocupaciones, durmiendo bien y no siente ningún trastorno nervioso; pero en cuanto deja de beber, se pone muy excitado, su sueño es intranquilo é inquieto, pues oye que le hablan, que lo amenazan y siente hasta que lo quieren matar, estando siempre muy agitado; estas mismas alucinaciones las siente durante su vigilia hablando constantemente, y cuando vuelve á su estado normal, olvida todo lo que ha hecho, teniendo conocimiento de ello por lo que le refieren las personas que lo rodean.

Antecedentes.

Eugenio y Tomasa Colunga, hermanos del procesado, y Vicente López y Antonia Velázquez, compadres suyos, nos informan verbalmente, á petición que hicimos al Juzgado; pues no obra ninguna declaración de ellos en el proceso: los primeros, que desde hace como diez y seis años y los segundos que desde hace como diez que tienen amistad con él, tanto unos como otros, que Colunga tiene costumbre de beber pulque y diferentes licores, que este vicio se ha arraigado cada día más en él, al grado de que con mucha frecuencia se

embriaga por períodos de varios días y que aún cuando se encuentre bajo la influencia del alcohol, está tranquilo, duerme bien y cuando deja de beber, se pone excitado, inquieto y nacen los celos creyendo que su esposa es infiel con un maestro de zapatería apellidado Hidalgo y con un oficial de zapatería J. Refugio Andrade, á quienes cree ver en la calle y que la siguen; armando, con este motivo, pendencias con Aurelia Olmos, sobre todo en las cuatro últimas veces en que se ha excedido en la bebida, y cuando vuelve á la razón, olvida todo lo anterior.

Constancias procesales.

A fojas tres vuelta y cuatro frente y vuelta del proceso, consta la primera declaración rendida por Colunga, ante el Inspector de policía, la mañana del 26 de Julio de 1902, á raíz de verificados los acontecimientos, en la parte relativa: «que hará como un mes comenzó á tener celos de su esposa Aurelia Olmos, en virtud de que varias veces vió que por las calles que ella andaba, se hallaba un individuo llamado J. Refugio Andrade, y no queriendo dar crédito á sus sospechas y creencias, se dedicó á la embriaguez y en parte se alejaban dichos celos, los cuales sentía con más fuerza cuando dejaba de embriagarse: que la última vez que vió al referido Andrade fué hace como quince días, no recuerda por qué calle, pero en la misma donde pasaba su esposa Aurelia, y desde entonces volvió á embriagarse hasta hace tres días que dejó de hacerlo, que desde este mismo tiempo se apoderó de él una inquietud que no pudo explicar, pues anoche no pudo dormir nada y de repente se resolvió por impulso desconocido á matar á Aurelia y á eso de las cinco de la mañana de hoy, sin poderse contener, tomó un cuchillo de los que hace uso para trabajar, siendo de los dos que tiene á la vista, el más chico, con el cual le asestó dos ó tres golpes en el pecho, sin conseguir su intento por habérselo impedido su cuñada María de Jesús Olmos y Quirino Magaña: que de pronto se quedó absorto sin saber qué hacer y se repuso cuando un gendarme llegó á la casa y lo desarmó, mas acordándose en esos momento de que quien había tenido la culpa de que no hubiera realizado su deseo, era Quirino, tomó otro cuchillo y es el más grande de los dos que se le han enseñado, y con él le pegó á Quirino y lo lesionó.

A fojas uno vuelta y dos frente, declara Quirino Magaña que vive en la casa en que se verificaron los acontecimientos acompañado de su hermano Francisco Magaña, de la hija del declarante, Alejandra Magaña y como arrimados M. de Jesús Olmos, Aurelia Olmos y el esposo de esta última, Pedro Colunga; que ahora por la mañana á eso de las cinco, repentinamente se levantó Pedro Colunga del lugar donde se encontraba en el mismo cuarto y comenzó á golpear á su mujer y como presenciaran todos, que el citado Pedro ya le había causado varias lesiones en el cuerpo, se pararon violentamente en su auxilio sin haber logrado evitarlo, por lo que inmediatamente llamaron á un gendarme y el agente que se presentó, que es el que se encuentra cerca del declarante, logró calmar á Colunga y quitarle el cuchillo con que lastimó á Aurelia; pero en seguida dicho individuo tomó de la misma habitación otro cuchillo, y con éste le causó al que habla las lesiones que presenta, debiendo advertir en conclusión que el gendarme de referencia volvió á desarmar á Colunga y por más diligente que estuvo, no le fué posible impedir que el declarante fuera lesionado, pues el predicho individuo se hallaba como un loco.

A fojas tres frente y vuelta, declara Aurelia Olmos: que á eso de las cinco de la mañana de hoy, se hallaba, la que habla, sentada en su cama observando que su esposo, Pedro Colunga, se encontraba muy inquieto y que repentinamente tomó éste un cuchillo, el más chico de los dos que tiene á la vista, y en seguida la agredió con él, causándole las lesiones que presenta en el pecho, mano izquierda y antebrazo derecho, habiendo corrido en su auxilio, su hermana, M. Jesús Olmos y el cuñado de ésta, Quirino Magaña, quien proporcionó la manera de que la producente se saliera fuera de la habitación, yéndose á refugiar á un cuarto inmediato donde viven otros zapateros como su esposo: que luego supo había llegado un gendarme y desarmó á Pedro-pero que éste tomó otro cuchillo de los dos que quedaban sobre un cajoncito donde tiene su herramienta de zapatero y lastimó á Quirino Magaña; que hace advertir que Pedro ha tenido costumbre de tomar bebidas embriagantes, pero que durante la semana que hoy termina se ha excedido más en beber y que la noche anterior hablaba solo, como un loco, lo que le ha hecho creer que á consecuencia de la embriaguez, ha hecho lo que acaba de pasar.

El mismo día de los acontecimientos, á las cuatro de la tarde, Pedro Colunga declara ante el Juzgado, reproduciendo la declaración que dió ante la Comisaría y agregando: que está casado civil y canónicamente con Aurelia Olmos desde hace algunos años y jamás ha tenido queja alguna contra ella, ni motivo para sospechar de su conducta porque ésta ha sido siempre buena: que él por su parte ha procurado corresponder al cariño y fidelidad de su esposa y por medio de su trabajo, en el ramo de zapatero, se ha proporcionado medios honrados de subsistencia haciendo partícipe de sus ganancias á su citada esposa, que desgraciadamente tiene arraigado en su persona el vicio de la embriaguez y de tal manera lo tiene arraigado que no puede prescindir de tomar pulque y licores y con tanta frecuencia que la ebriedad le dura varios días y después, cuando deja de tomar, se pone excesivamente nervioso y siente en su cerebro tales trastornos que parece que se vuelve loco y entonces le viene á la imaginación la idea de que Aurelia Olmos le es infiel y aun le parece verla por las calles en compañía de J. Refugio Andrade, pero cuando le viene después el período de calma, comprende perfectamente que sus celos son infundados: que últimamente ha dejado de tomar y ha estado medicinándose bajo la dirección del Dr. Antonio Osorio que vive en la sexta calle de la Paz, con el fin de ver si desaparece de su persona el vicio de la embriaguez: que la noche del 25 del actual estuvo muy inquieto y no pudo dormir y la pasó acostándose y levantándose sin que le fuera posible desvanecer la idea de que su mujer le era infiel, y la veía á ésta en compañía de Andrade y no pudiendo resistir más el tormento de los celos, que ahora comprende fueron infundados, tomó en la madrugada del 26 uno de los cuchillos de los que le sirven para trabajar en su oficio de zapatero y con él hirió á Aurelia y después á Quirino que vive en su casa, sin que este hombre le hubiera dado motivo alguno, y al interrogarle el Juez si creía que lo que ejecutó era lícito, respondió que le parecía malo lo que había ejecutado y que en consecuencia el Juez podía hacer de él lo que quisiera.

Quirino Magaña declara ante el mismo Juzgado que la noche del veinticinco del actual se acostaron, como de costumbre, á las nueve ó nueve y media de la noche, Pedro Colunga y Aurelia Olmos y otras personas que viven en el mencionado cuarto y el que habla, presenciando éste que Colunga, la noche citada, estuvo bastante inquieto y se paraba y se levantaba y por último

estuvo hincado como una hora y parecía que rezaba; que después de este tiempo llamó al declarante, después de haber llamado á todos los que se iban á acostar en aquel cuarto, y le dijo que lo perdonara de todo lo que le hubiere hecho, pues ya se iba á morir; que el declarante no hizo mucho caso de lo que le dijo Colunga, pues ya sabía que se volvía loco cuando dejaba de tomar; que se acostaron, y que á eso de las cinco de la mañana se desarrolló la escena que hemos referido antes.

Aurelia Olmos declara que está casada civil y canónicamente con Pedro Colunga desde hace algunos años, y éste nunca ha tenido queja alguna de la declarante, pues siempre se ha portado con suma honradez, y le extraña sobre manera que en los delirios que tiene Colunga por razón de la embriaguez la comience á requerir con sus celos; que desde que conoció á Colunga, éste siempre toma licores diferentes, y cuando deja de tomarlos le viene el delirio y entonces es cuando quiere matar á la declarante; que hubo ocasión en que, cuando Colunga estaba acorde en sus ideas, se iba á poner en curación, para ver si le quitaban aquellos accesos de locura, y al efecto estuvo medicinándose con el Dr. Antonio Osorno, para ver si se le quitaba aquel vicio de la embriaguez; que la noche del veinticinco del presente, Colunga estuvo muy inquieto, y como maliciara la declarante que le quería atacar á éste el delirio, estuvo, aunque acostada, observando siempre todos los movimientos que Colunga hacía, y pudo ver que estaba necio en todo, pues se levantaba y se acostaba, y cada rato le decía á la declarante que apagara la luz; y como la declarante tuviera miedo de que Colunga le fuera á hacer algo, apagó la luz, pero la volvió á encender después; que Colunga, después de algún tiempo, se hincó, y en esta postura estuvo cerca de una hora, como rezando, y después llamó á la declarante y le dijo que lo perdonara, pues ya se iba á morir, y esta operación la hizo con todos los demás que estaban en la habitación; que la declarante trató de calmar á Colunga, acostándolo, quedando al parecer dormido; que como á eso de las cinco de la mañana del día siguiente, cogió Colunga de su mesa de zapatero un cuchillo y se le fué encima á la declarante, hiriéndola; que como la que declara tratara de esquivar los golpes con los brazos, en éstos recibió varias lesiones; que como gritara, llegó Quirino Magaña á defenderla y entonces fué cuando Colunga, después de herir á la declarante, con otro cuchillo hirió á Quirino, sin motivo ni causa; que Colunga siempre ha tenido celos de otro zapatero que se llama José Refugio Andrade, y del que en un tiempo fué maestro de zapatería del taller donde trabajaba Colunga, y se apellida Hidalgo.

En los careos de Aurelia Olmos y Quirino Magaña estuvieron conformes en todo lo dicho por ambos.

El gendarme número ciento setenta y tres, Pascasio Izquierdo, en lo relativo declara: que pudo ver que Colunga empuñaba un cuchillo pequeño, y al oir de labios de María de Jesús Olmos que ya Colunga había herido á su hermana Aurelia, el que habla se arrojó sobre él y le quitó aquella arma; que poco después Colunga corrió á una mesa de zapatero y de allí tomó otro cuchillo y con él hirió á Quirino Magaña, sin darle tiempo al declarante para impedirlo, por la violencia con que lo hizo, y después, con mucho trabajo, pudo el que lleva la voz quitarle el segundo cuchillo, sacando una desgarradura en su capote, porque también lo quería herir á él.

He ahí un completo cuadro de delirio alcohólico, una historia clínica compuesta con elementos del dominio absoluto de la medicina legal. No es el

enfermo que se presenta en nuestra consulta en demanda de salud y siendo el primer interesado en que se conozca la verdad de los hechos, pues sabe que sólo así se podrá formar un juicio sano y que redundaría en su provecho; es por el contrario un individuo empeñado, quizás, en disfrazar los hechos con el objeto de atenuar su culpabilidad. Y la dificultad aumenta por tratarse de la apreciación de facultades mentales, hechos que lógicamente no pueden ser libremente conservados por el enfermo mismo: la regla en patología mental es interrogar á los colaterales, pero aquí surge la misma dificultad puesto que también ellos pueden tener interés en aumentar ó disminuir la cantidad de culpa del acusado. Es entonces cuando la medicina pide auxilio á la práctica de la justicia humana y comprueba la verdad de los anamnésticos por la uniformidad de las declaraciones y en los careos para que personas de un nivel intelectual, elevado ó bajo, pero siempre inferior al criterio médico, al dar la convicción moral de la verdad de los hechos, den al mismo tiempo bases sólidas para la edificación del diagnóstico. Es esta la razón de por qué no están fuera de oportunidad, en un dictamen, las declaraciones múltiples y repetidas de los testigos, obteniendo asi datos precisos de lo cual es el dictamen que precede un admirable ejemplo.

Decíamos que era un cuadro clínico acabado de lo que en patología se llama delirio alcohólico, porque existen los síntomas todos y bien marcados y señalados con la conocida inconsciencia, pero precisión absoluta de personas extrañas á la ciencia y que sin embargo, al relatar los hechos, nos dan la más objetiva descripción del caso como pudiera haberlo hecho en forma más galana alguno de nuestros antiguos buenos libros de clínica.

Vienen los antecedentes y en ellos encontramos que Pedro Colunga es un tomador inveterado, hecho comprobado por los actuales signos positivos de alcoholismo crónico.

Observación de sus parientes y amigos y aun de él mismo: el día que dejaba de tomar se sentía mal y tenía molestias é ideas negras que no existían cuando tomaba su excitante acostumbrado; era el hábito del organismo por el veneno, por el excitante; era el aceite que faltaba para mantener la combustión de la lámpara de la vida y que sin su sostén artificial dejaba aparecer los síntomas de las perturbaciones ya existentes.

Estalla el delirio y se presenta con todos sus caracteres; difuso, sin fijeza, sin una idea precisa que hiciera suponer un fondo de verdad en sus orígenes: primero, el enfermo se va á morir, reza y llama á todos para despedirse y pedirles perdón; consiguen calmarlo y aparece horas después con el espectro terrible de los celos sin fundamento, que lo lleva á herir á su esposa y á no saber después á quién hiere ni contra quién es su furor; ni las habitaciones llenas de gente ni la policía ya presente, son bastantes razones para quitarle la idea de un crimen y su rabia no distingue personas: es el delirio, hiere, se resiste, lucha y no sabe por qué ni contra quién, y verdadero enfermo, dotado de una fuerza muscular, sólo originada por una excitación nerviosa patológica, *son necesarios varios gendarmes para sujetarlo.*

Y cualquiera que sea el punto de vista desde el cual se juzga la cuestión, el acuerdo es perfecto entre la práctica y la teoría, porque estudiado el caso como crimen, tiene también los caracteres patológicos.

Es el crimen enfermo muy distante del crimen pasional ó del crimen cometido por el criminal nato.

Este, el tipo del criminal, es el hombre que medita su crimen, que lo es-

tudia con toda la calma del que lo cree una acción lícita y hasta útil, siendo aun frecuente que pretenda sacar algún provecho de su delito, como el robo ó algún otro; pero se expone poco, trata de rodearse de las mayores precauciones posibles, y cuanto se cree seguro, lleva á cabo su acción, existiendo siempre alguna idea fija y dirigida hacia la misma persona.

El crimen pasional es el crimen de la tragedia; un individuo es poseído por algún sentimiento muy vivo, amor ú odio; crece este sentimiento como el huracán y todo lo arrolla, pasa por encima de todo para satisfacerlo, así sean los actos más heroicos como las acciones más depravadas, pero tiene también un objeto de ese sentimiento, va hacia un fin la mayor parte de las veces, aparentemente al menos, bien combinado. En nuestro caso no; tenemos el crimen ciego, sin causa, con todos los antecedentes de moralidad y honradez del criminal, excepto su vicio patológico ya y que lo hacía en los momentos de lucidez volver hacia el afecto tranquilo para su esposa y los suyos, y que sólo en un minuto en que el automatismo cerebral estaba perturbado por el legendario enemigo, pudo desconocer lo que en lenguaje jurídico se llama *ilícito*.

DR. GABRIEL SILVA Y VALENCIA.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

REVISTA ESPECIAL DE LA PRENSA MÉDICA SUD-AMERICANA.

La fiebre amarilla y su transmisibilidad por el Stegomya fasciata.—*(Anales del Departamento Nacional de Higiene. Buenos Aires, Junio de 1904).*— El Dr. Francisco Otero, del Hospital Flotante «Dr. Rodolfo del Viso,» manifiesta algunas dudas sobre la transmisibilidad exclusiva del vómito, por medio del «Stegomya.» Llama su atención la aparición casi cíclica de algunas epidemias y se hace las siguientes preguntas: á la aparición de una nueva epidemia, ¿cuál es el primer vector? ¿un enfermo auctótono ó un mosquito infectado? Señala las dos razones que dan los médicos de América del Norte para explicar esos hechos, tales son: 1ª La posibilidad de que el mosquito viva ciento cincuenta y cuatro días. 2ª La facultad que tiene de guardar latente el germen, durante el invierno.

En una segunda parte de su artículo entra en consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las costas, considerándolas de importancia capital, en la etiología de la fiebre amarilla, y aun cuando elogia calurosamente las medidas de defensa tomadas en los Estados Unidos, México y Cuba, cree ante todo importante *la pesquisa del enfermo y su aislamiento inmediato.*

Profilaxia pública de la fiebre amarilla.—*(Anales del Departamento Nacional de Higiene.—Buenos Aires.—Junio de 1904).*—En una comunicación leída en el segundo Congreso Médico Latino Americano, los Sres. Dres. A. A. de Acevedo Sodré y Miguel Coutto, después de entrar en algunas consideraciones sobre las experiencias inauguradas desde 1900, por Reed, Carrol, Agramonte y Lezear, y más tarde las del Departamento Sanitario de la Isla de Cuba y las de la Comisión enviada á Río de Janeiro por el Instituto Pasteur, de París, formulan las siguientes conclusiones:

1ª La fiebre amarilla se transmite por el mosquito.

2ª La profilaxia de la fiebre amarilla debe tener por objeto proteger al hombre enfermo, contra la picadura del mosquito «Stegomya fasciata,» é impedir que éste, una vez infectado, pique al hombre sano.

3ª Todas las antiguas precauciones, tales como cuarentenas, desinfecciones, cordones sanitarios, aislamiento obligatorio, etc., deben ser abolidas como ilusorias, ineficaces y perjudiciales.

Nefritis y varicela.—*(Revista Médica del Uruguay.—Marzo de 1904)*—«En presencia de un niño que tiene nefritis aguda, debe buscarse la escarlatina» decían nuestros maestros.

Con estas palabras encabeza su comunicación el Sr. Dr. Luis Morquio. Actualmente, ese principio no tiene tal importancia, pues bien sabido es que cualquiera enfermedad infecciosa es susceptible de engendrar una nefritis. El primer caso de nefritis varicelosa fué señalado por Henoch en 1884, y ahora el Dr. Morquio agrega tres nuevos casos á la literatura. La nefritis de la varicela es en general benigna, aun cuando han sido señalados ya, algunos casos fatales; aparece al cuarto ó quinto día de la enfermedad y tiene gran semejanza con la escarlatinosa, pues en todos los casos sus síntomas han sido: anasarca, albuminuria y hematuria.

Gangrena de los párpados post-varicelosa.—*(Revista Médica del Uruguay.—Marzo de 1904)*.—La varicela es una enfermedad benigna, en general exenta de complicaciones y menos aun de complicaciones graves. Respecto á complicaciones en el aparato ocular, no se encuentran más que los siguientes casos en la literatura médica: uno de iritis purulenta (Steffan), uno de iridocoroiditis y otro de neuritis (Hutchinson, hijo); uno de oftalmoplegia externa doble (Marfán); un caso de flemón del párpado superior con propagación al inferior y á la cara (Hormer) y dos de gangrena del párpado superior, uno perteneciente á Romer de Giessen y el otro al Dr. A. Isola, autor del artículo en referencia. En el caso del Sr. Isola, se trata de una niña bien desarrollada de 13 meses de edad, quien después de una varicela en apariencia benigna, padeció una gangrena del párpado superior, perfectamente caracterizada y en cuya secreción se demostró la presencia exclusiva del estafilococus.

Los quistes hidatídicos en la República Argentina.—*(Revista de la Sociedad Médica Argentina.—Marzo, Abril de 1904)*.—En ese artículo, los Sres. Dres. Daniel J. Cramwell y M. Herrera Vegas, hacen un trabajo de conjunto con gran acopio de datos y cuadros estadísticos, con objeto de excitar á las autoridades de la Gran República Latino-Americana del Sur para que tomen medidas efectivas, con objeto de detener un mal, que de día en día se hace más y más amenazante.

Según resulta de las investigaciones hechas por muchos médicos argentinos, el contingente de equinococcia que da la Argentina, es ya muy superior á los que suministran Islandia y Australasia, pues del año de 1870 á la fecha han sido operados en los Hospitales de Buenos Aires, más de 1,000 quistes hidatídicos, siendo la mortalidad media en dicha enfermedad de 13,6 por 100. Es de tal manera frecuente la equinococcia en ese país, que los cirujanos al tratar un enfermo que lleve un tumor del vientre, tienen siempre en cuenta la probabilidad de que sea un quiste hidatídico y los médicos cuando tratan alguien que tenga hemoptisis, tienen tan presente la equinococcia pulmonar, como la tuberculosis de ese mismo órgano. Además de lo que significan los hechos anteriormente relatados por lo que á la higiene general se refiere, los

autores del artículo se preocupan, y con razón, por lo que pueda significar para la cultura, pues es bien sabido que entre las causas que se han señalado como eficientes para explicar la gran frecuencia de la equinococcia en Islandia, figuran en primer lugar, la gran cantidad de perros que ahí existen y el extremado desaseo de sus habitantes. Ahora bien, si el número de quistes de equinococus que hay en la Argentina es mayor, *á priori*, ¿cuál sería el juicio que las otras naciones se formaran sobre la cultura del pueblo argentino?

Los Sres. Cramwell y Herrera Vega indican como necesarias las siguientes reglas profilácticas: Reducir hasta lo indispensable el número de perros.

No tomar agua que no esté hervida ó filtrada.

No comer legumbres crudas.

DR. FERNANDO OCARANZA.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Práctica de las autopsias.—Ha terminado la publicación en castellano de esta importantísima obra del Dr. Letulle. Forma un elegante volumen de 556 páginas con 128 grabados intercalados en el texto, obra del distinguido artista Reignier.

El Dr. Letulle ha agrupado en su obra todos los datos y coordinado los mejores métodos operatorios, describiéndolos con exactitud y sencillez, formando un libro práctico y utilísimo, reflejo fiel de una larga serie de experimentos practicados durante veintiocho años de investigaciones anatomopatológicas en los hospitales de París.

Creemos que obra tan notable—á la que su autor llama *la cirugía menor de los tiempos de la autopsia*—está destinada á prestar grandes servicios, no sólo al médico de hospital que desea completar con los datos anatomopatológicos la historia clínica de un enfermo, *sino al modesto médico titular que necesita practicar autopsias judiciales*, y que tendrá seguramente en España la misma aceptación que ha obtenido en Francia.

Precio, 12 pesetas. De venta en la Administración de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, Preciados, 33, bajo, MADRID, y en las principales librerías. También puede obtenerse por conducto de la Administración de la «*Crónica.*»

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, OCTUBRE 1º DE 1904. NÚM. 10.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

EL PULSO EN CIRUGIA

(PEQUEÑO ARTÍCULO DEDICADO Á MI AMIGO EL DR. LEOPOLDO CASTRO)

HISTORIA E INDICACIONES CLINICAS.

I.—Datos históricos.

Escribir historia es tarea ardua y laboriosa, que implica mucha serenidad de espíritu, intachables fuentes de información y una imparcialidad de criterio absolutamente irreprochable.

Y hacer estas aplicaciones á la Historia de la Medicina, es para mí casi irrealizable tarea. De aquí que no pretenda hacer verdaderamente historia, sino resumir en algunos datos históricos lo que mis lecturas, mis informaciones y mis deducciones me han permitido reunir.

Y abordo la espinosa cuestión del pasado, porque pocas materias hay en la Medicina que hayan atravesado por tantos períodos críticos como la cuestión del pulso. En efecto, primero desconocido, luego llegado hasta los límites de lo fabuloso, y finalmente algo abandonado, el pulso ha sido debatido, ensalzado, reprochado, y quizás un poco desconocido. La escuela de los cirujanos modernos tiende á desproveer al pulso de toda su importancia. Parece la reacción de la escuela olvidada que le dió todo cuanto pudo darle al signo de la pulsación arterial. Al escribir el presente artículo, guíame un acto de verdadera justicia y de profunda fe. La hora va sonando en que los cirujanos recuerdan las utilidades del pulso; en que la escuela del porvenir va compren-

diendo que si el pulso no llena las fantásticas quimeras de la generación médica de antaño, en cambio es un precioso recurso clínico, sobre todo clínico-quirúrgico; es un brillante guía del observador de enfermos, y parece volver, no muy lentamente, á recuperar su puesto preponderante en la semeiología de las enfermedades quirúrgicas, aunque más argumentado, más consolidado, más reforzado y menos exagerado que en la época de los *pneumatistas* ó de los *pitagorianos*.

¿Quién fué el primero que advirtió que en determinadas zonas del cuerpo humano había puntos que latían y latían con regularidad, con precisión, invariablemente; es decir, que presentaban *pulsaciones*? Cuestión es ésta imposible de resolver. El verdadero *descubridor* del pulso se pierde entre aquellos tiempos heroicos en que el hombre comenzaba á conquistar, hecho tras hecho, la hermosa gema de sucesos que habían de llevarle á la adquisición de su progreso. Es decir, que se ignora y se ignorará probablemente para siempre, quién fué el primer hombre que aplicó su dedo en una arteria y por primera vez dijo: «¡late!» Basta el más ligero toque de ciertas regiones humanas; el espíritu más superficialmente observador; la casualidad más inesperada, para que un dedo se apoye en punto pulsátil, que un oído se incline en un regazo agitado; ó que unas sienes latan fuertemente en un esfuerzo ó en una emoción, para que el primer concepto del pulso haya surgido. Así, pues, no me detendré en estas pesquisas, ni haré perder á mis lectores el tiempo y la paciencia en divagaciones meramente novelescas.

Demos por ya adquirido el primer concepto acerca de la existencia de las pulsaciones; demos por ya establecido que á este fenómeno se le llamó *pulsus*, sin pretender insistir por quién ni de qué modo, y pasemos al análisis de la marcha de este primer concepto al través de las diversas edades médicas.

Tendremos que recorrer la serie curiosa de las diversas interpretaciones que este pequeño y rítmico movimiento arterial ha causado entre los hombres de nuestro arte allá en el pasado, y busquemos el primer autor de la verdadera explicación del pulso, que admitiremos como el verdadero descubridor del asunto en cuestión.

Y no haremos nada nuevo ni extraordinario. En Medicina, como en todas las otras ciencias, como en todas las artes, multitud de ocasiones son los divulgadores, los interpretadores inteligentes ó los explotadores afortunados los que cargan con la gloria de iniciadores ó descubridores. Así entre nosotros los cirujanos acostumbramos á decir que PODALIRO fué el inventor de la sangría, porque, según la tradición, este personaje fué el primero que abrió quirúrgicamente una vena, con la deliberada intención de sangrar. Se recordará que este PODALIRO fué aquel que, siendo hijo de ESCULAPIO y de EPIONE, su mujer, fué discípulo del centauro Quirón, y también guerrero de gran fama. Naufragó, y á su muerte la leyenda se apoderó de él para convertirlo en dios. Decimos también que DAMÓCEDES inventó la cirugía huesosa, porque es de este cirujano del primero de quien se oye hablar como curador de lesiones huesosas. Y en efecto, este DAMÓCEDES curó á Darío, durante el año de 512 A. C., de una luxación del pie, acaecida á este rey persa durante el sitio de Babilonia. Y como último ejemplo, citaré á PRAXÁGORAS, de quien se dice que una vez, hallándose frente á un enfermo que se moría asfixiado, no vaciló en abrirle la garganta, fundando con ese hecho la traqueotomía.

Y muchos años tendremos que recorrer, muchos siglos que escudriñar para encontrar una verdadera y satisfactoria explicación del pulso. El *pulso*

fué como la *anestesia:* no se descubrió poco á poco, ó por adquisiciones más y más perfeccionadas, sino repentinamente, de golpe. Cuando se le interpretó bien, fué entera y completamente conocido. Desde ese día á la fecha, poco nuevo se sabe de él. Para el descubrimiento del pulso hay que atravesar toda la antigüedad y llegar hasta la época relativamente moderna de las guerras de Cronwell y de los impulsos de Buckingham, es decir, hasta la época de Carlos I de Inglaterra; hasta la aparición en la ciencia del nombre radiante de WILLIAM HARVEY.

Sin embargo, antes de HARVEY se hablaba del pulso y se hablaba mucho. Los médicos de todas aquellas edades daban importancia al pequeño fenómeno de la pulsación externa, y aunque siempre mal interpretado, poco conocido.

Si con HOMERO aceptamos la existencia material de ESCULAPIO, como la del primer hombre dedicado á las Ciencias Médicas, y reconocemos que su famosa curación del tirano Asclén fué verdaderamente una de las primeras curaciones ostensibles que nos brinda la época de la vieja Grecia; y si reconocemos los méritos de MACHAON, cirujano de ejército que se distinguió en el sitio de Troya, habrá que convenir en que HIPÓCRATES tuvo datos anteriores para levantar sus monumentales teorías. Poco cortés con la más estricta justicia sería olvidar los tiempos de PITÁGORAS. Este grande hombre, del que desgraciadamente no se poseen escritos personales, desde Crotona, en Italia, llenaba el mundo con su sabiduría y formaba discípulos muy versados ya en el estudio de la Naturaleza y de sus más tangibles manifestaciones. PITÁGORAS conocía ya el *pulsus* y comenzaba á reconocer sus indicaciones.

Pero lo que está ya enteramente fuera de duda y bien aceptado, es que HIPÓCRATES conocía bastante bien el pulso, y, aunque imperfectamente, hablaba de sus alteraciones en relación con las enfermedades.

Después del nombre de HIPÓCRATES, de ese *divino viejo* con quien tropezamos á cada paso los aficionados á husmear en las viejas teorías los orígenes de las ideas nuevas; de ese brillante descendiente de HÉRACLIDE, padre, y de NEBRUS, abuelo, que con un genio verdaderamente creador y revelador, comprime en su cerebro todas las ideas vagas que sobre materia médica habían corrido disociadas hasta entonces, y nos lega á la posteridad, hasta hoy, sus inmortales escritos y sus enormes legajos, entre los que descuellan el *Tratado de la Naturaleza*, sus *Aforismos*, sus *Ideas sobre huesos y articulaciones* y sus magistrales *Pronósticos* aún leídos y comentados actualmente, es decir, dos mil doscientos sesenta y cinco años después de su muerte! tenemos que mencionar á ERASISTRATO.

ERASISTRATO, médico griego anterior en mucho á Jesucristo, debe la fama á su finísimo espíritu observador y á un episodio simpático que viene como nota dulce á distraer un poco mis labores áridas de investigador de historias viejas. ERASISTRATO era médico de Seleucus Nicotor, ó Seleucus I, rey de Siria y uno de los más grandes y famosos capitanes de Alejandro. Llamado un día ERASISTRATO por Seleucus, para que curara al joven Antiochus, hijo suyo, á quien todos los médicos de aquella corte creían atacado de una enfermedad incurable, pudo notar, mientras estudiaba los caracteres del pulso en el real enfermo, que cada vez que se aproximaba Estratonicia, segunda esposa del rey su padre, este pulso se alteraba. De aquí partió en sus investigaciones y pudo averiguar que el joven Antiochus languidecía víctima de un desesperado amor sin esperanza, por la mujer del rey su padre. ERASISTRATO logró persuadir á Seleucus I para que cediera á su hijo el objeto de su pasión, y cuentan las

crónicas que el enfermo de amor se repuso rápidamente. Esta maravillosa perspicacia de ERASISTRATO le valió fama universal, me permite citarlo como un observador profundo de los caracteres del pulso, en su período de estudio primitivo; pero no llegó á valerle por completo dicha entera á la bella reina Estratonicia, pues poco tiempo después, Seleucus hacía encadenar á su antiguo suegro Demetrius Poliorcetes, que quería establecerse en el gobierno por su cuenta.

ERASISTRATO compartía con ARISTÓTELES el error de los *pneumatistas*, que atribuían los latidos que constituyen el pulso, á la presencia en la arteria de un espíritu aéreo que designaban con el epíteto de *pneuma*. Este mismo médico parece ser quien por primera vez dió á las arterias el nombre que hasta la fecha conservan, cuyas raíces griegas indican claramente la teoría aérea de los médicos del tiempo de ERASISTRATO.

Es indudable que ERASISTRATO debía verse bien apurado para explicar con su teoría del *pneuma* los movimientos acompasados y regulares del corazón y de las arterias; pero á semejanza de la explicación clásica de aquella época, la *comparación*, ERASISTRATO solía decir que la sangre se movía á semejanza de las olas del líquido contenido en las *Euripas*. Las *Euripas* eran unos canales especialmente construídos en los antiguos circos, para introducir en ellos animales anfibios corpulentos; pero también llamaron *Euripa* al canal que separa las costas de Grecia de la isla *Eubea*. Este canal, de corriente muy impetuosa, ofrecía sus ondas constantemente agitadas, y considero más fácil que sea con las ondas de este canal, sobre cuya ribera se levantaban la *Beocia*, la *Lócrida* y la *Atica*, con el que comparaban los discípulos de ERASISTRATO al movimiento del contenido de las arterias.

Pero fué indudablemente á partir del descubrimiento de la circulación de la sangre que los conocimientos de los médicos se fijaron sobre la verdadera naturaleza del pulso y de sus leyes fisiológicas y morbosas. GALENO, está fuera de duda que conoció el doble rumbo de la sangre y que separó la dirección del contenido venoso, del arterial. Pero este conocimiento fué estéril para él, y no supo ó no pudo deducir todas las enseñanzas que aun le faltaban. Es preciso dar un salto de dos mil años en la historia de la Medicina, para llegar hasta el verdadero concepto de la sangre y de su circulación; es decir, desde Galeno hasta el siglo XVII, en que trabajó HARVEY, el investigador inglés. Sin embargo, al pasar por el siglo XVI, encontraremos tres nombres que algo figuraron en la secuela de los estudios que debían llegar á la verdadera investigación de los fenómenos del pulso: los de CESALPINO, COLOMBUS y MIGUEL SERVET. De este COLOMBUS sólo podré decir que encuentro su nombre citado como investigador de la sangre, en el siglo XVI, en un artículo anónimo firmado P. D. y publicado en una Revista del siglo pasado; me limito, pues, á citarlo, dejando al autor incógnito la responsabilidad de la cita. No me sucede lo mismo respecto á los otros dos, es decir, á CESALPINO y MIGUEL SERVET.

ANDRÉS CESALPINO, médico y naturalista famosísimo, murió en Roma, allá por el año de 1603, después de haber sido médico muchos años, del papa Clemente VIII. Sus estudios de Anatomía los hizo en la Escuela de la «Sapienza.» Como médico escribió su *Ars Médica*, donde da datos acerca de la circulación de la sangre; como naturalista, publicó en Florencia, en el año de 1583, el *De plantis;* como filósofo dió á luz varias obras, entre las que descollaron *El demonium investigatio* y *De metalis*. Sus progresos como médico le valieron que su colega el Dr. Nicolás Taurel, médico de Montbeliard, viejo condado alemán,

hoy perteneciente á Francia, lo denunciase ante la Inquisición como brujo. Igual suerte mereció por sus escritos filosóficos, por parte del Arzobispo de Cantorbery, Samuel Parcker.

MIGUEL SERVET, otro médico no menos famoso, ni tampoco menos abrillantado hereje, floreció en el año de 1556, poco más ó menos. Nació en Villanueva de Aragón, y se tituló en la Escuela de Medicina de París. Como médico, llamó la atención en Viena, donde estudió muchos años y fué de los primeros en estudiar la circulación pulmonar. Grande amigo del Arzobispo vienés, pudo dedicarse clandestinamente á sus investigaciones filosóficas y anatómicas, siendo al fin denunciado y perseguido. Pudo huir y se refugió en Génova, donde, según se dice, fué denunciado por el propio Calvino y condenado á morir quemado vivo, como en efecto sucedió.

Sin embargo, todos estos trabajos acerca de la circulación de la sangre, y por consecuencia, acerca del pulso, no debían tener importancia alguna y debía la Ciencia esperarse aún un poco más para lograr la adquisición del verdadero, del gran descubrimiento del inmortal cirujano inglés WILLIAM HARVEY.

WILLIAM HARVEY nació en Folkston, en 1578. Murió en 1657. Poco tengo que decir de este grande hombre, que no sea ya conocido de mis lectores. Universalmente conocido es el cuadro famoso que inmortaliza las enseñanzas de HARVEY, y su nombre es conocido en cualquier lugar de la tierra donde exista un médico medianamente ilustrado. Sin embargo, es conveniente que agregue aquí algunos datos de tan notable personalidad en la historia del pulso. WILLIAM HARVEY, desde joven fué muy dedicado á los estudios de Anatomía y á la amistad de los poderosos; dos antítesis que debían perderlo y salvar á la Anatomía. Viajero infatigable, recorrió la Francia, la Alemania, la Italia, recogiendo por donde quiera todas las más modernas enseñanzas de la Cirugía de aquella época. A su vuelta á Londres se hizo médico y gran amigo de los reyes Jacobo I y Carlos I. Con el primero cultivó las letras y perfecciónó algo sus estudios de filosofía; y cuando este rey murió, continuó gozando de los favores de su hijo Carlos, conocido por Carlos I de Inglaterra. A la caída de este rey, y después de los grandes fracasos políticos y militares de Long-Parlament y de Newbury, dé Marston-Moor y de Naseby, WILLIAM HARVEY sufrió grandes y efectivas persecuciones. Se vió privado de sus puestos, despojado en parte de sus bienes, y se dedicó por completo á vivir obscuro y retirado, hasta 1619, que comenzó á enseñar á sus discípulos sus observaciones sobre la circulación de la sangre; observaciones que no se decidió á publicar sino hasta 1628.

Los estudios de HARVEY fueron concienzudos y bien meditados. Una vez entrevisto el mecanismo del movimiento de la sangre, cada hecho observado, cada observación atinada, robustecían más y más su convicción. Y sin embargo, desvanecido sin duda por este inmenso descubrimiento, este paciente y laborioso descubridor tuvo la paciencia suficiente para trabajar robusteciendo su descubrimiento con experiencias que duraron nueve años más. Y bien, cuando aquel tranquilo y vigoroso genio lanzó al mundo científico el resultado de sus laboriosas investigaciones, resultado que cada quien podía fácil y llanamente comprobar, fué negada esta verdad con un encarnizamiento tal, que sólo puedo compararlo con la gloria del descubridor. ¡Triste condición la de los seres humanos, que, en vez de enorgullecerse por el adelanto penosamente conquistado, han tendido en todas las edades á aniquilar el descubrimiento que los beneficia y á destruir al descubridor, que muchas veces ha destruído

ya él mismo la felicidad de su vida por el bienestar y comodidad de sus futuros verdugos! Pero sea como fuere, HARVEY logró demostrar la veracidad de su dicho, y el descubrimiento de la circulación de la sangre fué un hecho consumado á fines del año de 1628. Y fué de tal modo presentado el trabajo de HARVEY; había estudiado tanto y tán bien el notable investigador inglés, que su descubrimiento salió casi completo de sus labios, y salvo algunos detalles que la instrumentación del siglo pasado ha permitido modificar, se pudieron encontrar en el *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, la inmortal obra en que dió á conocer HARVEY su descubrimiento, casi todas las mismas enseñanzas que hoy poseemos acerca de la circulación de la sangre.

El secreto del pulso estaba descifrado, el ritmo de su latido sensatamente interpretado; y desde entonces á la fecha, sus alteraciones en relación con la Patología, en condiciones de fácil, llana y verídica explicación.

(Continuará.)

DR. RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

NOTAS SOBRE EL PALUDISMO

Después de haber expuesto las diferentes maneras con que el miasma palúdico ataca al organismo humano y de haber demostrado con hechos clínicos concluyentes que dicho miasma no sólo perturba la salud por su presencia en la sangre (sindroma palúdico), sino que también el desarrollo de esos gérmenes en el medio en que se alojan (bazo, tiroides, médula huesosa, etc.) da nacimiento á síntomas característicos (formas múltiples de accesos intermitentes, fiebres palúdicas); después de haber demostrado, en fin, que los productos tóxicos que esos gérmenes engendraron son susceptibles de producir estados morbosos perfectamente definidos (fiebres continuas, remitentes y de larga duración), voy á ocuparme ahora de un punto importante, que vendrá á ser como el completo de las notas que he venido publicando sobre paludismo.

Tratemos sobre la terapéutica de la malaria.

Creo inútil tomar en consideración el enorme número de medios y remedios que desde tiempo inmemorial hasta nuestros días se han venido aplicando y usando para combatir el paludismo. Sólo diré que no porque esos medios se aconsejen en tratados de terapéutica y de patología, tienen algún valor; la mayor parte son indiferentes y algunos son perjudiciales.

La única substancia que hasta hoy ha mostrado una eficacia verdadera contra la malaria, es la quinina y sus sales, y bueno es asentar desde luego que las sales de quinina obran tanto mejor, cuanto más ricas son en alcaloide quínico, pues el ácido que las forma parece que nada tiene que hacer con relación al paludismo. El ácido tánico, el benzoico, el clorhídrico, el sulfúrico, el bromhídrico, etc., etc., en las sales de quinina, son indiferentes, no sólo para destruir el germen palúdico, sino también para combatir los desórdenes que ese germen produce en el organismo. Es un error creer que el benzoato de quinina puede combatir los síntomas brónquicos que, terribles algunas veces, acompañan á los accesos de fiebre intermitente, ó son la manifestación más culminante de la perniciosa palúdica, y me parece hasta ridículo recurrir

al bromhidrato de quinina para calmar la violenta excitación que generalmente se observa en los niños pequeños atacados de paludismo. Repito que las sales de quinina obran sólo por la quinina que contienen, y no por otra cosa; de modo que mientras más rica sea en quinina una sal, y más soluble sea esta sal, más enérgica será su acción, sea la sal que fuere.

¿Y cómo obra la quinina en el paludismo? Simplemente matando, destruyendo la vida de los gérmenes palúdicos. Parece que no obra de otra manera.

Numerosas experiencias han demostrado que después de la administración del sulfato de quinina á un individuo palúdico, puesto en condiciones á propósito para que no pueda ser penetrado por nuevos gérmenes, desaparecen de su sangre todas las formas de dicho germen, y con esa desaparición coincide la cesación de la enfermedad; luego la quinina mata los gérmenes. Y sólo esto hace, nada más. Luego es benéfico usarla para este solo objeto. Por consiguiente, debemos recurrir á ella tan luego como estemos ciertos de que los accidentes ó síntomas que observamos dependen de la penetración del germen palúdico al organismo ó de su multiplicación dentro de él; es decir, en el *síndroma palúdico* y en todas las formas de fiebres *intermitentes* ó *continuas* ó *perniciosas*, siempre que se compruebe la presencia de ellos en la sangre, cualquiera que sea la forma del ciclo de la fiebre y cualquiera que sea la forma que afecten dichos gérmenes y las evoluciones que hayan sufrido ó los orígenes que se les quiera suponer. Es inútil y peligroso obrar con indecisión, y creo que es hasta criminal esperar que se acentúe ó se haga *visible* la forma de la fiebre, ó como se dice vulgarmente, *dar la quinina lo más lejos posible del acceso*, yo no sé qué objeto tiene todo esto; mas sí afirmo que puede ser hasta un *crimen* condescender con ello. Si la quinina mata el germen, démosla cuanto antes, durante el acceso, por leve que sea; después de él, á cualquier momento, pues lo único que buscamos es destruir ese germen, y lo destruiremos con seguridad; mas si andamos con vacilaciones, con frecuencia tendremos que reprocharnos duramente en presencia de accidentes terribles y casi siempre irremediables, pues en vez de que se *acentúe la forma de la fiebre*, ó de que podamos administrar la quinina *lo más lejos posible* de los accesos, vamos á encontrarnos con un cadáver! Grabados tengo en mi imaginación numerosos casos en los cuales, no por mi causa, sino por apatía de los que rodeaban á ciertos enfermos y por la falsa y lamentable educación que ciertos médicos, ejerciendo en lugares maláricos, han dado á su clientela sobre el uso de la quinina, ha tenido lugar un desastroso fin en enfermos que sin duda se habrían salvado con una simple dosis de sulfato de quinina aplicada sin perjuicios y sin indecisiones.

No hay que titubear; no hay que dar treguas, y muchas veces no hay que fiarse de nadie: el médico es el responsable del enfermo, y no los enfermeros ó la familia, y sería laudable que el médico hiciera que el enfermo tomara en su presencia la medicina *única* que puede salvarlo. El médico debe desconfiar también siempre de la benignidad aparente de un acceso, y no esperar *jamás* otro para aplicar la quinina; y en los países maláricos es prudente que *siempre* comience por ella, sin preocuparse de la *claridad* del diagnóstico. Esta práctica le evitará muchos *chascos*.

He dicho que la quinina sólo sirve para destruir los gérmenes palúdicos que han penetrado al organismo y los que se han multiplicado en el interior mismo del organismo. Al estado del organismo penetrado por estos gérmenes

es á lo que yo llamo *paludismo*. Pero estos gérmenes no sólo viven y se reproducen en el organismo, sino que, además, durante el tiempo que permanecen en él, producen toxinas, substancias eminentemente activas que envenenan al individuo; á esto llamo yo *intoxicación palúdica*. Ya he referido en otros números de la CRÓNICA casos clínicos de esta clase de intoxicación, y he dicho que la quinina y sus sales *no* tienen ninguna acción sobre ella.

Desde que comencé á ejercer en regiones palúdicas hice esta observación: la quinina no obra en ciertas formas de paludismo, y sólo después de 13 años de experiencia y de constante observación, he podido llegar á precisar que estos casos son aquellos en los cuales la enfermedad es producida no por el germen palúdico, sino por los productos que ese germen engendra durante su vida, y que deja después de su muerte en el organismo.

Para combatir esta intoxicación he recurrido á multitud de medios; mas hasta hoy no creo haber encontrado uno solo que me satisfaga. El que he usado más ha sido el arsénico en diferentes preparaciones, y puedo decir que nada tengo que agradecerle; lo he usado por no tener otra cosa que dar á mis enfermos, y bajo la recomendación de otros compañeros. Mas desde que me penetré de la causa de esa forma de paludismo, á la que yo llamo, repito, *intoxicación palúdica*, he sido más parco en recurrir á los arsenicales, por la razón de que los autores y compañeros recomiendan el arsénico para el paludismo *crónico*, sin hacer distinción de que esa cronicidad provenga de los gérmenes ó de las toxinas que ellos producen. Y bien, el arsénico bajo cualquier forma, *jamás* mata á los gérmenes palúdicos, luego es inútil usarlo; y por otra parte, jamás he visto yo que los arsenicales, bajo cualquier forma, aceleren la eliminación de las toxinas palúdicas; luego es inútil usarlo. Se dirá que los arsenicales mejoran las condiciones de los glóbulos sanguíneos enfermos, que dilatan su destrucción, que aumentan su capacidad de absorción para el oxígeno, que hacen más fácil la destrucción de la combinación de ellos con el óxido de carbono; se dirá cuanto se quiera, pero ni indirectamente se puede inferir que violenten la expulsión de las toxinas palúdicas, expulsión que parece mejor obedecer al funcionamiento de ciertos órganos, sobre todo del hígado.

Tengo en mi diario casos clínicos en los cuales he seguido paso á paso la acción del arsénico, y debo confesar que nada he observado en la marcha de esos enfermos que pueda atribuirse al arsénico; han sanado tanto los que han tomado arsénico como los que no lo han tomado, y la duración de la intoxicación no ha sido influída por el arsénico en ningún caso. Creo, por lo mismo, que es muy discutible la eficacia del arsénico para esta forma de intoxicación.

Hasta ahora, repito, no he encontrado tratamiento alguno que me satisfaga. Tal vez cuando lleguen á aislarse las toxinas palúdicas y se conozca el modo con que obran y los órganos que atacan, llegue á formularse un tratamiento adecuado. Por hoy, sólo quiero que tengamos presente que la intoxicación palúdica depende de las toxinas que los gérmenes producen, toxinas que pueden permanecer en el organismo mucho tiempo después de la destrucción y desaparición de los gérmenes que las han engendrado, y sobre las cuales no es posible obrar con los medios terapéuticos que poseemos actualmente.

¿Es, por tanto, inútil propinar quinina á esta clase de enfermos? Según

mi experiencia personal, es inútil dar la quiniua. Vería con gusto el resultado de la experiencia de otros honorables compañeros.

En otra nota me ocuparé del uso del sulfato de euconidina en el paludismo.

Tacubaya, Agosto de 1904.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

ENFERMEDADES DE LA PUBERTAD.—CLOROSIS.—TRATAMIENTO.

Nuestro antiguo conocido y amigo, el Sr. Dr. Marty, continúa el trabajo iniciado en el número anterior de *La Dosimétrie*, que transmitimos en extracto á nuestros lectores, juzgando por ello conducente el obrar de igual manera con el que acaba de aparecer y termina la exposición de tan interesante asunto.

Dice el autor que una vez establecidas las condiciones higiénicas debidas, se han colocado los cimientos principales del tratamiento, como se prueba por la mejoría que experimentan las cloróticas de la clase pobre que son colocadas en un medio mejor, hecho evidenciado por el Prof. Hayem. El mismo fenómeno se observa en la clase acomodada después de un viaje de recreo, la vuelta al país natal, el matrimonio, etc.

Pero es preciso siempre imponer un tratamiento médico como complemento del anterior higiénico, en atención á la patogenia de la clorosis y para proveer á la sangre de los materiales que necesita para la renovación y viabilidad de las hemacías. El *fierro* es sin duda el más importante y casi el específico en este caso.

Hayem dice que para comprender lo indispensable del fierro, sólo es preciso recordar: 1º La pérdida de fierro sufrida por el organismo, manifestada por la pobreza de hemoglobina que revelan los glóbulos; y 2º La pérdida constante que sufre el organismo por la destrucción globular habitual, cuyo emunctorio es la bilis, y que, según Engel, es de 0.035 miligramos por día. En la clorosis, además, es mayor aún esta pérdida, descendiendo de los tres gramos de fierro que calcula y señala Preyer al organismo, á la mitad, ó sean 1.50 centigramos en los casos ordinarios.

La medicación marcial fué hace años discutida acalorada y concienzudamente en la «Sociedad de Terapéutica» por notabilidades del cuerpo médico francés, como Huchard, Robin, Bardet, Barbier, Le Gendre y otros, estudiándose sus ventajas, sus inconvenientes y su mejor modo de administración, y proclamando la superioridad indiscutible del fierro alimenticio y orgánico, por ser rápidamente asimilable. Entonces se mencionó también la necesidad de estimular las fuerzas vitales del organismo con los arsenicales.

La Materia Médica presenta numerosas preparaciones que pueden clasificarse en cinco categorías: I. Las solubles, que son preferidas, pero de superioridad dudosa; II. Las insolubles, pero solubles por los ácidos, como el *protoxalato;* III. Las destinadas al uso hipodérmico, de discutible valor; IV. Las aguas ferruginosas, que aun muy mineralizadas no curan la clorosis; y V. El fierro vegetal propuesto á la «Société de Thérapeutique» por el Dr. Viaud en 1897.

La alcaloidoterapia dosimétrica, procurando siempre apropiar la medicación á la acción requerida y necesaria, intenta desde luego levantar las fuerzas por medio del *arseniato de estricnina* ó del *hipofosfito*, para ministrar en seguida el *glicerofosfato de fierro*, dosificado á 2 centigramos (4 á 6 al día), á los nerviosos y neurasténicos. Para los nerviosos hiperexcitables indica el *fosfato de fierro* ó el *valerianato*, un centigramo, 4 á 6 al día, ó el *arseniato de fierro* (gránulos al miligramo), 2 á 4 al día. También en ciertos casos se puede recurrir al *lactato* y al *protoxalato de fierro*, juzgando asimismo recomendables los *gránulos compuestos*, que contienen: *arseniato de fierro*, 1 miligramo; *cuassina*, 2 miligramos, y *bromhidrato de quinina*, 1 centigramo, que obran sobre el glóbulo sanguíneo, regularizan las funciones gastro-hepáticas y opónense á la fiebre.

En la obra «La Nature et la Vie,» del Dr. Viaud, se demostró la razón indiscutible que hay para emplear en estos casos los vegetales muy ferruginosos, que tienen un poder de asimilación extraordinario, como se comprende al considerar que del reino vegetal toman los animales todos los materiales que para su evolución requiere su organismo. Los alcaloides, pues, realizan el desiderátum ideal que puede y debe buscarse en un medicamento: son enteramente asimilables.

En el tratamiento de la clorosis también deben entrar los medicamentos con base de cal para subvenir á las necesidades de la economía. El *glicerofosfato* y el *hipofosfito de cal* pueden y deben ministrarse en los intervalos de reposo. El autor aconseja que en los cloróticos se aplique el tratamiento *marcial* durante dos meses y en seguida uno el *cálcico*, durante un año por lo menos. Esto es en cuanto al tratamiento *dominante*, pues según sean las diversas perturbaciones que aparecen, según el temperamento y la idiosincrasia del paciente, serán las *variantes* de la medicación.

Las funciones digestivas, por lo común están perturbadas y es preciso atender á su restablecimiento ante todo, pues cuando la digestión es lenta y laboriosa y se acompaña de cólicos dolorosos, está contraindicada la medicación ferruginosa. Entonces es preciso la higiene más severa, el reposo físico y moral más completo y una alimentación apropiada (lacticinios, potages, purés de legumbres, huevos, legumbres bien cocidas, pescados de agua dulce, carnes asadas, etc.) Como bebidas, agua, leche, vino blanco ligero, con agua ó te caliente; nunca vino rojo, bebidas alcohólicas, cerveza, coca ó kola, y antes de los alimentos, los alcalinos á muy pequeña dosis (25 centigramos de fosfato y de bicarbonato de sosa) y después de las comidas una ligera solución de ácido clorhídrico, fosfórico y láctico (1 ó 2 gramos por 1,000 ó 2,000 de vehículo). Si hay dilatación del estómago ó fermentaciones gástricas, debe hacerse un lavado con agua hervida salicilada al 1 por 1,000. Al mismo tiempo se prescribirá la *estricnina*, la electricidad y el masage del estómago. Al mismo tiempo, baños fríos ó tibios, seguidos de fricciones con un linimento excitante, y hasta después de algún tiempo de este régimen, deben ministrarse las preparaciones ferruginosas.

Contra la apepsia, recomienda el articulista, y la recomendación parécenos justificada, 2 gránulos de *brucina*, 2 de *cuassina*, y 1 de *hiosciamina*. La *cubebina* es también preconizada como aperitivo de primer orden, excitando las funciones del riñón y de la piel.

La perversión del apetito con náuseas, se combate con 2 gránulos de *cocaína* y uno de *daturina*, repitiendo la dosis hasta efecto.

La gastralgía, tan frecuente en la clorosis, se calma con la *morfina* y la *cocaina* en sus accesos, y una oblea con bicarbonato de sosa, creta preparada y fosfato de sosa.

Las hematemesis, que por fortuna son raras, se combatirán con *ergotina* y *daturina* (5 centígramos cada media hora de la primera, y un gránulo de la segunda. También recomendaríamos la *adrenalina*.

La constipación se combatirá con Sedlitz Ch. Chanteaud, á dosis laxante; cáscara sagrada, *jalapina*, *podofilina*, *benzoato de sosa* y *cafeina*, *salicilato de magnesia* ó *glicerofosfato*, según los casos.

Como es bien sabido, son en estos casos sumamente comunes los trastornos de la menstruación. Por lo regular van disminuyendo y llegan á suspenderse las reglas, siendo su reaparición un signo evidente de mejoría. El Dr. Marty recomienda entonces con los alimentos 2 gránulos de *sulfato de estricnina*, 2 de *arseniato de fierro* y 1 de *biyoduro de mercurio*. También es aplicable localmente la electricidad.

Alguna vez hay menorragias, que se combaten con *hidrastina* ó *ergotina* é *hidroferrocianato de quinina*, y, si es preciso, *hidrastinina*, hipodérmicamente. En los casos de leucorrea se aplicará el tratamiento local conveniente. En los casos de eretismo nervioso, *daturina*, *cicutina* y *bromuro de alcanfor*.

También se observan con frecuencia las perturbaciones cardíacas, sobre todo las palpitaciones que por cualquier esfuerzo físico ó emoción se producen. La auscultación revela en los accesos una rápida sucesión de ruidos, una brusca energía ventricular y una notable desigualdad de las contracciones cardíacas. En el período de calma, la punta del corazón choca con fuerza contra la pared torácica. El *bromuro de alcanfor*, de *sodio*, de *potasio* ó de *estroncio* logra apaciguarlas, y en los casos de insomnio, el *bromuro de magnesium* (10 gramos por 150 de jarabe de grosella, en cucharadas) da los mejores resultados. Las perturbaciones capilares, que se traducen por la palidez y enrojecimiento de la cara alternativamente, combátense con *estricnina* y *digitalina*. En los casos de fiebre, debe recurrirse á la quinina.

Las perturbaciones nerviosas son múltiples y frecuentes: vértigos, desvanecimientos, síncopes, zumbidos de oídos, pesadillas, cefalalgias, convulsiones, ataques de histeria, neuralgias, etc.; reclaman la administración del *bromuro*, de la *hiosciamina*, *morfina*, y *estricnina*; de la *cafeina* y el *fosfuro de zinc;* de la *aconitina* y de la *anemonina*, según los casos.

El autor termina insertando un cuadro, recapitulando las indicaciones terapéuticas que dominan en el tratamiento de la clorosis y sus variadas manifestaciones.

* * *

Poco en verdad necesitamos agregar al extenso y provechoso artículo del Dr. Marty, que con habilidad y cordura y concisamente ha trazado el programa racional que debe seguirse al combatir la clorosis en la pubertad, y sólo apuntaremos como nota personal, que el *Jarabe de Hipofosfitos compuesto de Fellows* presta grandes servicios, así como una preparación moderna, el *Hemaboloids*, cuyo mérito principal es ofrecer el *fierro perfectamente asimilable* que en ese estado exige el organismo.

Nueva York, Septiembre de 1904.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XX.

MEDICINA LEGAL

UN DICTAMEN EN SU RELACION CON LA CLINICA.

Un problema científico es siempre una cuestión que debe tratar de resolverse apoyándose en datos de la ciencia misma, relativa al problema planteado; pero las ciencias particulares no son más que fracciones de la gran ciencia universal, en la que, puentes sutiles á veces, encadenan las cuestiones.

La Medicina legal, rama á su vez de la medicina, tiene naturalmente que resolver problemas médicos; pero no se queda ahí: va más adelante y penetra en la noble ciencia de los derechos humanos para señalar al encargado de administrar justicia, cuál es la parte de pena y qué magnitud alcanza el fenómeno en virtud del cual se perturbó á la Madre Naturaleza, vulnerando la vida ó los derechos de uno de sus hijos.

Por eso el problema que existe en la Clínica, varía en la Medicina legal; y si el médico, al ejercer su profesión, debe tratar de proporcionar al paciente el mayor bienestar posible, el médico-legista debe tener ante los ojos, que si al afirmar algo, á un cliente común, se le asienta un hecho de pura probabilidad; el perito, por el contrario, con su afirmación va á lanzar al presidio á un inocente, tal vez miembro útil á la sociedad, ó dejar libre á un loco ó impune á un delincuente.

Esas consideraciones y el hecho de que, para hacer la luz en un caso clínico de Medicina legal, se sigan caminos un poco distintos de los seguidos en la Clínica común, es lo que me ha inducido á publicar el siguiente dictamen que en todos sus detalles es la sanción de las apreciaciones arriba hechas.

* * *

«Los que subscribimos, peritos Médico-Legistas, certificamos: Que por orden del C. Juez segundo de lo Criminal, reconocimos á Pedro Colunga con el objeto de decir si tuvo *delirium tremens;* si en la actualidad aun lo tiene, y si el *delirium tremens* quita el uso de la razón.

Cumpliendo con la orden anterior, procedimos á examinar á Colunga, recoger algunos antecedentes de él y estudiar las constancias procesales.

Examen directo de Colunga.

Pedro Colunga es un individuo de treinta y cuatro años de edad, casado, zapatero, con la piel de color amarillo citrino, con pterigiones en ambos ojos y ligero temblor en los miembros superiores, siendo más marcado en el izquierdo. No viven sus padres ni sabe si tuvieron costumbres alcohólicas. El

acostumbra beber desde la edad de catorce años, tanto pulque como diferentes licores, cometiendo excesos con frecuencia, hasta embriagarse por períodos de ocho días y á intervalos de mes á mes y medio. Desde hace cuatro años, poco más ó menos, todas las veces que se embriaga, mientras se encuentra bajo la influencia del alcohol, puede entregarse más ó menos á sus ocupaciones durmiendo bien, y no siente ningún trastorno nervioso; pero en cuanto deja de beber, se pone muy excitado, su sueño es intranquilo é inquieto, pues oye que le hablan, que lo amenazan, y siente hasta que lo quieren matar, estando siempre muy agitado. Estas mismas alucinaciones las siente durante su vigilia, hablando constantemente, y cuando vuelve á su estado normal, olvida todo lo que ha hecho, teniendo conocimiento de ello por lo que le refieren las personas que lo rodean.

Antecedentes.

Eugenio y Tomasa Colunga, hermanos del procesado, y Vicente López y Antonia Velázquez, compadres suyos, nos informan verbalmente, á petición que hicimos al Juzgado, pues no obra ninguna declaración de ellos en el proceso: los primeros, que desde hace como diez y seis años, y los segundos que desde hace como diez, que tienen amistad con él; tanto unos como otros, que Colunga tiene costumbre de beber pulque y diferentes licores; que este vicio se ha arraigado cada día más en él, al grado de que con mucha frecuencia se embriaga por períodos de varios días, y que aun cuando se encuentre bajo la influencia del alcohol, está tranquilo, duerme bien, y cuando deja de beber, se pone excitado, inquieto, y nacen los celos, creyendo que su esposa es infiel con un maestro de zapatería apellidado Hidalgo, y con un oficial de zapatería, J. Refugio Andrade, á quienes cree ver en la calle y que la siguen, armando con este motivo pendencias con Aurelia Olmos, sobre todo en las cuatro últimas veces en que se ha excedido en la bebida, y cuando vuelve á la razón, olvida todo lo anterior.

Constancias procesales.

A fojas tres vuelta y cuatro frente y vuelta del proceso, consta la primera declaración rendida por Colunga ante el Inspector de Policía, la mañana del 26 de Julio de 1902, á raíz de verificados los acontecimientos, en la parte relativa: «Que hará como un mes comenzó á tener celos de su esposa, Aurelia Olmos, en virtud de que varias veces vió que por las calles que ella andaba se hallaba un individuo llamado J. Refugio Andrade, y no queriendo dar crédito á sus sospechas y creencias, se dedicó á la embriaguez, y en parte se alejaban dichos celos, los cuales sentía con más fuerza cuando dejaba de embriagarse; que la última vez que vió al referido Andrade, fué hace como quince días, no recuerda por qué calle, pero en la misma donde pasaba su esposa Aurelia, y desde entonces volvió á embriagarse, hasta hace tres días que dejó de hacerlo; que desde este mismo tiempo se apoderó de él una inquietud que no pudo explicar, pues anoche no pudo dormir nada y de repente se resolvió por impulso desconocido á matar á Aurelia, y á eso de las cinco de la mañana de hoy, sin poderse contener, tomó un cuchillo de los que hace uso para trabajar, siendo de los dos que tiene á la vista, el más chico, con el cual le asestó dos ó tres golpes en el pecho, sin conseguir su intento, por habérselo impedido

su cuñada María de Jesús Olmos y Quirino Magaña; que de pronto se quedó absorto, sin saber qué hacer, y se repuso cuando un gendarme llegó á la casa y lo desarmó; mas acordándose en esos momentos de que quien había tenido la culpa de que no hubiera realizado su deseo era Quirino, tomó otro cuchillo, y es el más grande de los dos que se le han enseñado, y con él le pegó á Quirino y lo lesionó.

A fojas uno vuelta y dos frente, declara Quirino Magaña que vive en la casa en que se verificaron los acontecimientos, acompañado de su hermano, Francisco Magaña; de la hija del declarante, Alejandra Magaña, y como arrimados, M. de Jesús Olmos, Aurelia Olmos y el esposo de esta última, Pedro Colunga; que ahora por la mañana, á eso de las cinco, repentinamente se levantó Pedro Colunga del lugar donde se encontraba en el mismo cuarto, y comenzó á golpear á su mujer; y como presenciaran todos que el citado Pedro ya le había causado varias lesiones en el cuerpo, se pararon violentamente en su auxilio, sin haber logrado evitarlo, por lo que inmediatamente llamaron á un gendarme, y el agente que se presentó, que es el que se encuentra cerca del declarante, logró calmar á Colunga y quitarle el cuchillo con que lastimó á Aurelia; pero en seguida dicho individuo tomó de la misma habitación otro cuchillo, y con este le causó al que habla las lesiones que presenta, debiendo advertir, en conclusión, que el gendarme de referencia volvió á desarmar á Colunga, y, por más diligente que estuvo, no le fué posible impedir que el declarante fuera lesionado, pues el predicho individuo se hallaba como un loco.

A fojas tres frente y vuelta, declara Aurelia Olmos: que á eso de las cinco de la mañana de hoy, se hallaba, la que habla, sentada en su cama, observando que su esposo, Pedro Colunga, se encontraba muy inquieto, y que repentinamente tomó éste un cuchillo, el más chico de los dos que tiene á la vista, y en seguida la agredió con él, causándole las lesiones que presenta en el pecho, mano izquierda y antebrazo derecho, habiendo corrido en su auxilio su hermana M. de Jesús Olmos y el cuñado de ésta, Quirino Magaña, quien proporcionó la manera de que la producente se saliera fuera de la habitación, yéndose á refugiar á un cuarto inmediato, donde viven otros zapateros como su esposo; que luego supo había llegado un gendarme y desarmó á Pedro; pero que éste tomó otro cuchillo de los dos que quedaban sobre un cajoncito donde tiene su herramienta de zapatero, y lastimó á Quirino Magaña; que hace advertir que Pedro ha tenido costumbre de tomar bebidas embriagantes; pero que durante la semana que hoy termina, se ha excedido más en beber, y que la noche anterior hablaba solo, como un loco, lo que le ha hecho creer que á consecuencia de la embriaguez ha hecho lo que acaba de pasar.

El mismo día de los acontecimientos, á las cuatro de la tarde, Pedro Colunga declara ante él Juzgado, reproduciendo la declaración que dió ante la Comisaría, y agregando: que está casado civil y canónicamente con Aurelia Olmos desde hace algunos años, y jamás ha tenido queja alguna contra ella, ni motivo para sospechar de su conducta, porque ésta ha sido siempre buena; que él, por su parte, ha procurado corresponder al cariño y fidelidad de su esposa, y por medio de su trabajo, en el ramo de zapatero, se ha proporcionado medios honrados de subsistencia, haciendo partícipe de sus ganancias á su citada esposa; que desgraciadamente tiene arraigado en su persona el vicio de la embriaguez, y de tal manera lo tiene arraigado, que no puede prescindir de tomar pulque y licores, y con tanta frecuencia, que la ebriedad le dura varios días, y después, cuando deja de tomar, se pone excesivamente nervioso

y siente en su cerebro tales trastornos, que parece que se vuelve loco, y entonces le viene á la imaginación la idea de que Aurelia Olmos le es infiel, y aun le parece verla por las calles en compañía de J. Refugio Andrade; pero cuando le viene después el período de calma, comprende perfectamente que sus celos son infundados; que últimamente ha dejado de tomar y ha estado medicinándose bajo la dirección del Dr. Antonio Osorio, que vive en la sexta calle de la Paz, con el fin de ver si desaparece de su persona el vicio de la embriaguez; que la noche del 25 del actual estuvo muy inquieto y no pudo dormir, y la pasó acostándose y levantándose, sin que le fuera posible desvanecer la idea de que su mujer le era infiel, y la veía á ésta en compañía de Andrade; y no pudiendo resistir más el tormento de los celos, que ahora comprende fueron infundados, tomó en la madrugada del 26 uno de los cuchillos de los que le sirven para trabajar en su oficio de zapatero, y con él hirió á Aurelia y después á Quirino, que vive en su casa, sin que este hombre le hubiera dado motivo alguno; y al interrogarle el Juez si creía que lo que ejecutó era lícito, respondió que le parecía malo lo que había ejecutado, y que, en consecuencia, el Juez podía hacer de él lo que quisiera.

Quirino Magaña declara ante el mismo Juzgado que la noche del veinticinco del actual se acostaron, como de costumbre, á las nueve ó nueve y media de la noche, Pedro Colunga y Aurelia Olmos y otras personas que viven en el mencionado cuarto, y el que habla; presenciando éste que Colunga, la noche citada, estuvo bastante inquieto y se paraba y se levantaba y por último estuvo hincado como una hora, y parecía que rezaba; que después de este tiempo llamó al declarante, después de haber llamado á todos los que se iban á acostar en aquel cuarto, y le dijo que lo perdonara de todo lo que le hubiere hecho, pues ya se iba á morir; que el declarante no hizo mucho caso de lo que le dijo Colunga, pues ya sabía que se volvía loco cuando dejaba de tomar; que se acostaron, y que á eso de las cinco de la mañana se desarrolló la escena que hemos referido antes.

Aurelia Olmos declara que está casada civil y canónicamente con Pedro Colunga desde hace algunos años, y éste nunca ha tenido queja alguna de la declarante, pues siempre se ha portado con suma honradez, y le extraña sobremanera que en los delirios que tiene Colunga, por razón de la embriaguez, la comience á requerir con sus celos; que desde que conoció á Colunga, éste siempre toma licores diferentes, y cuando deja de tomarlos le viene el delirio y entonces es cuando quiere matar á la declarante; que hubo ocasión en que, cuando Colunga estaba acorde en sus ideas, se iba á poner en curación, para ver si le quitaban aquellos accesos de locura, y al efecto estuvo medicinándose con el Dr. Antonio Osorio, para ver si se le quitaba aquel vicio de la embriaguez; que la noche del veinticinco del presente, Colunga estuvo muy inquieto, y como maliciara la declarante que le quería atacar á éste el delirio, estuvo, aunque acostada, observando siempre todos los movimientos que Colunga hacía, y pudo ver que estaba necio en todo, pues se levantaba y se acostaba, y cada rato le decía á la declarante que apagara la luz, y como la declarante tuviera miedo de que Colunga le fuera á hacer algo, apagó la luz, pero la volvió á encender después; que Colunga, después de algún tiempo, se hincó, y en esta postura estuvo cerca de una hora, como rezando, y después llamó á la declarante y le dijo que lo perdonara, pues ya se iba á morir, y esta operación la hizo con todos los demás que estaban en la habitación; que la declarante trató de calmar á Colunga, acostándolo, quedando, al parecer, dormido; que

como á eso de las cinco de la mañana del día siguiente, cogió Colunga de su mesa de zapatero un cuchillo y se le fué encima á la declarante, hiriéndola; que como la que declara tratara de esquivar los golpes con los brazos, en éstos recibió varias lesiones; que como gritara, llegó Quirino Magaña á defenderla, y entonces fué cuando Colunga, después de herir á la declarante, con otro cuchillo hirió á Quirino, sin motivo ni causa; que Colunga siempre ha tenido celos de otro zapatero que se llama José Refugio Andrade, y del que en un tiempo fué maestro de zapatería del taller donde trabajaba Colunga, y se apellida Hidalgo.

En los careos de Aurelia Olmos y Quirino Magaña, estuvieron conformes en todo lo dicho por ambos.

El gendarme número ciento setenta y tres, Pascasio Izquierdo, en lo relativo declara: que pudo ver que Colunga empuñaba un cuchillo pequeño, y al oir de labios de María de Jesús Olmos que ya Colunga había herido á su hermana Aurelia, el que habla se arrojó sobre él y le quitó aquella arma; que poco después Colunga corrió á una mesa de zapatero y de allí tomó otro cuchillo y con él hirió á Quirino Magaña, sin darle tiempo al declarante para impedirlo, por la violencia con que lo hizo, y después, con mucho trabajo, pudo el que lleva la voz quitarle el segundo cuchillo, sacando una desgarradura en su capote, porque también lo quería herir á él.

El gendarme número ciento setenta y ocho, Simón Martínez, en la parte relativa declara: que vió que un hombre, y que ahora sabe se llama Pedro Colunga, quería desarmar á su compañero Uribe, y como Colunga viera al que depone, también quiso desarmarlo, pero esto se impidió, porque Uribe y el que declara tomaron á Colunga por los brazos, y así sujeto era imposible cualquier movimiento; que lo metieron á la vecindad, y después, aunque con algún trabajo, lo condujeron á la Inspección.

En el careo con Pascasio Izquierdo, dijo Colunga que por el estado de nerviosidad en que se encontraba el día de los acontecimientos, nada recuerda, pues ahora que ya está aliviado de sus sentidos, hace esfuerzos para recordar, pero le es imposible.

En los careos entre Colunga y los gendarmes Uribe y Martínez, reproduce lo declarado en el careo anterior; agregando el último que Colunga les decía: «¡suéltenme, suéltenme!» y quería desarmarlos.

En siete de Noviembre, el Dr. Ismael Osorno declara: que aunque no ha podido identificar á Colunga, recuerda vagamente que en la época á que él se refiere asistió á un individuo atacado de *delirium tremens;* que si Colunga es la persona que asistió, puede el declarante, por los caracteres sintomáticos que presentaba, afirmar que era un alcohólico enteramente irresponsable de sus actos; que el declarante mismo tuvo que impedir dos veces que el enfermo saliera del Consultorio sin haberse sujetado al reconocimiento ni obtener la receta que los acompañantes del enfermo solicitaban, dando visibles muestras de ser víctima de un acceso de delirio de persecuciones; agregando que además de los caracteres de un alcohólico inveterado, presentaba aún los de un alcoholismo agudo y una inconsciencia completa de sus actos.

En treinta de Julio, el Dr. Ramón N. Prado, Médico de Cárceles, certifica: que Colunga está afectado de enajenación mental y necesita pasar á San Hipólito para su tratamiento.

En nueve de Septiembre, el Dr. J. P. Gayón, Médico del Hospital Juárez,

certifica: que Colunga estuvo á curarse en dicho hospital de alcoholismo crónico, declarándolo sano en esa fecha.

De lo expuesto se desprende: 1º Que Pedro Colunga ha usado de las bebidas alcohólicas desde su juventud, y que se ha excedido cada día más y más en ellas, hasta convertirse en un perfecto alcohólico; 2º Las declaraciones dadas por él, como los informes adquiridos de sus parientes y otras personas, hacen ver que Colunga, después de las grandes libaciones, se afecta del estado mental de los alcohólicos, llamado *delirio alcohólico*, en la forma de delirio de persecuciones, y despertándose en él de una manera exagerada el sentimiento de los celos; 3º La opinión, aunque no exacta por las razones que aduce, del Dr. Osorno, apoyada por la de los Dres. Prado y Gayón, confirma también la idea de la existencia en él de un delirio alcohólico; 4º El olvido completo de todos los actos cometidos por Colunga en ese estado, pues que no sólo ignoraba haber requerido de celos á su esposa, sin fundamento alguno para ello, hasta el grado de herirla, como lo verificó la mañana del veinticinco de Julio de mil novecientos dos; de haber herido á Quirino Magaña; de los acontecimientos acaecidos en dicha mañana; de su ingreso á la prisión y al hospital. y no dejando de tener en cuenta las circunstancias en que cometió el delito, encontrándose en una habitación rodeado de otras personas que pudieron haber evitado la comisión de él, y su evasión, indican el estado de perturbación en que se encontraban sus facultades. En consecuencia, opinamos que Pedro Colunga estuvo afectado de delirio alcohólico, y no de *delirium tremens*, que lo hizo irresponsable de sus actos, privándole del uso de la razón, pero en la actualidad está sano de dicho delirio.

México, primero de Abril de mil novecientos cuatro.—*L. Portas Remirez.* —*Gabriel Silva y Valencia.*

Como la conclusión anterior, aunque estaba conforme con las cuestiones propuestas por el Juzgado, no lo estaba en los términos del Código en su artículo 34, fracción I, para declarar la responsabilidad ó irresponsabilidad de Pedro Colunga al cometer el delito por el que se le procesaba, el señor Agente del Ministerio Público pidió que ampliáramos nuestro dictamen en el sentido indicado, esto es, si el acusado vioIó la ley penal hallándose en estado de enajenación mental, que le quitó la libertad ó le impidió enteramente conocer la ilicitud del hecho que se le atribuye. Contestamos que Pedro Colunga, en los momentos de cometer el delito por el cual se le procesa, se encontraba bajo la influencia de un acceso de delirio alcohólico, que, como se dice en la conclusión, le hizo irresponsable de sus actos, privándole del uso de la razón, es decir, que se hallaba en estado de enajenación mental, que le quitó la libertad.—*Gabriel Silva y Valencia.*—*L. Portas Remirez.*

He ahí un completo cuadro de delirio alcohólico, una historia clínica compuesta con elementos del dominio absoluto de la Medicina legal. No es el enfermo que se presenta en nuestra consulta en demanda de salud y siendo el primer interesado en que se conozca la verdad de los hechos, pues sabe que sólo así se podrá formar un juicio sano y que redundaría en su provecho; es, por el contrario, un individuo empeñado, quizás, en disfrazar los hechos, con el objeto de atenuar su culpabilidad. Y la dificultad aumenta, por tratarse de la apreciación de facultades mentales, hechos que lógicameete no pueden ser libremente conservados por el enfermo mismo. La regla en Patología mental

es interrogar á los colaterales; pero aquí surge la misma dificultad, puesto que también ellos pueden tener interés en aumentar ó disminuir la cantidad de culpa del acusado. Es entonces cuando la Medicina pide auxilio á la práctica de la Justicia humana y comprueba la verdad de los anamnésticos por la uniformidad de las declaraciones, y en los careos, para que personas de un nivel intelectual, elevado ó bajo, pero siempre inferior al criterio médico, al dar la convicción moral de la verdad de los hechos, den al mismo tiempo bases sólidas para la edificación del diagnóstico. Es esta la razón de por qué no están fuera de oportunidad, en un dictamen, las declaraciones múltiples y repetidas de los testigos, obteniendo así datos precisos, de lo cual es el dictamen que precede un admirable ejemplo.

Decíamos que era un cuadro clínico acabado de lo que en Patología se llama *delirio alcohólico*, porque existen los síntomas todos y bien marcados y señalados con la conocida inconsciencia, pero precisión absoluta de personas extrañas á la ciencia, y que, sin embargo, al relatar los hechos, nos dan la más objetiva descripción del caso, como pudiera haberlo hecho en forma más galana alguno de nuestros antiguos buenos libros de Clínica.

Vienen los antecedentes, y en ellos encontramos que Pedro Colunga es un tomador inveterado, hecho comprobado por los actuales signos positivos de alcoholismo crónico.

Observación de sus parientes y amigos y aun de él mismo: el día que dejaba de tomar, se sentía mal y tenía molestias ó ideas negras, que no existían cuando tomaba su excitante acostumbrado; era el hábito del organismo por el veneno, por el excitante; era el aceite que faltaba para mantener la combustión de la lámpara de la vida, y que sin su sostén artificial dejaba aparecer los síntomas de las perturbaciones ya existentes.

Estalla el delirio y se presenta con todos sus caracteres: difuso, sin fijeza, sin una idea precisa que hiciera suponer un fondo de verdad en sus orígenes: primero, el enfermo se va á morir, reza y llama á todos para despedirse y pedirles perdón; consiguen calmarlo, y aparece horas después con el espectro terrible de los celos sin fundamento, que lo lleva á herir á su esposa y á no saber después á quién hiere ni contra quién es su furor; ni las habitaciones llenas de gente ni la policía ya presente, son bastantes razones para quitarle la idea de un crimen, y su rabia no distingue personas: es el delirio, hiere, se resiste, lucha y no sabe por qué ni contra quién, y, verdadero enfermo, dotado de una fuerza muscular, sólo originada por una excitación nerviosa patológica, *son necesarios varios gendarmes para sujetarlo.*

Y cualquiera que sea el punto de vista desde el cual se juzgue la cuestión, el acuerdo es perfecto entre la práctica y la teoría, porque estudiado el caso como crimen, tiene también los caracteres patológicos.

Es el crimen enfermo muy distinto del crimen pasional ó del crimen cometido por el criminal nato.

Este, el tipo del criminal, es el hombre que medita su crimen, que lo estudia con toda la calma del que lo cree una acción lícita y hasta útil, siendo aun frecuente que pretenda sacar algún provecho de su delito, como el robo ó algún otro; pero se expone poco, trata de rodearse de las mayores precauciones posibles, y cuando se cree seguro, lleva á cabo su acción, existiendo siempre alguna idea fija y dirigida hacia la misma persona.

El crimen pasional es el crimen de la tragedia; un individuo es poseído por algún sentimiento muy vivo, amor ú odio; crece este sentimiento como el

nuracán y todo lo arrolla, pasa por encima de todo para satisfacerlo, asi sean los actos más heroicos como las acciones más depravadas, pero tiene también un objeto de ese sentimiento, va hacia un fin, la mayor parte de las veces, aparentemente al menos, bien combinado. En nuestro caso no; tenemos el crimen ciego, sin causa, con todos los antecedentes de moralidad y honradez del criminal, excepto su vicio patológico ya, y que lo hacía en los momentos de lucidez volver hacia el afecto tranquilo para su esposa y los suyos, y que sólo en un minuto, en que el automatismo cerebral estaba perturbado por el legendario enemigo, pudo desconocer lo que en lenguaje jurídico se llama *ilícito*.

DR. GABRIEL SILVA Y VALENCIA.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

(REVISTA ESPECIAL DE LA PRENSA MEDICA SUD-AMÉRICANA.)

Pedofilia morbosa, con éxtasis contemplativo.—*(Semana Médica*, Buenos Aires, Enero de 1904.)—El ilustrado alienista D. José Ingegnieros presenta un nuevo caso de perturbación mental, caracterizado por un intenso amor á los niños, acompañado de éxtasis contemplativo, y cuya forma no ha encontrado en las *Neurosis é ideas fijas*, de Ribot, *Las obsesiones y la psicostenia*, de Janet, la *Semeiología*, de Motselli, los *Sindromas episódicos*, de Magnan, *Los degenerados y los desequilibrados*, de Dalemagne, la *Patología de las emociones*, de Feré, etc., etc.

El nombre de *pedofilia* no es nuevo, pues desde las épocas florecientes de Grecia se usaba para designar el amor á los niños, que entraba en las costumbres estéticas de los helenos; amor puramente platónico, que se reducía á la contemplación de sus formas desarrolladas por la gimnasia, pero que en la época de decadencia de platónico, se convirtió en sexual, de *pedofilia* en *pederastia*.

En la época actual no entra en las costumbres de los pueblos cultos ese amor especial por los niños, y por lo mismo el Dr. Ingegnieros denomina *pedofilia morbosa* el caso objeto de su estudio.

Se trata de un individuo de nacionalidad árabe, soltero, de 30 años de edad y sin familia en la República Argentina. Este individuo se dedicaba al comercio ambulante de baratijas; pero en los días que precedieron á su ingreso á la «Sala de observación de alienados,» se le veía por las calles seguir apresuradamente á cuanto niño estaba á su alcance, y al llegar cerca de ellos, quedar en muda contemplación cuanto tiempo le fuera posible. Fué recogido por la policía, en virtud de la denuncia de una señora que, acompañada de un niño, fué seguida con muda insistencia por el expresado individuo.

Al hacer su examen físico, se encontraron los siguientes signos de degeneración: asimetría facial, paladar abovedado, orejas deformes y sistema dentario irregular. No se encontró, por otra parte, mal estado de su nutrición, perturbación alguna de sus funciones fisiológicas, ni estigmas de histeria. Hay ligero aumento de sus reflejos tendinosos é hipoestesis general. Su actitud es completamente pasiva.

Desde la sala en donde está alojado, tiene oportunidad de observar á los niños del departamento de menores, y todo su afán durante el día es espiar el paso de un niño, para lanzarse cerca de él y quedar en muda contemplación.

Con objeto de observar detenidamente sus perturbaciones mentales, se lleva á su lado á un niño, y como primera experiencia se hace que se siente cerca de él, sin dirigirle la palabra. El enfermo permanece de pie, contemplándolo durante una hora. Entonces se hace que el niño le ordene tome determinada postura, á lo que el árabe accede con mucho agrado, y permanece así durante todo el tiempo que el niño lo desea.

Después hace que imite á un perro, y el enfermo se pone en cuatro pies é imita el ladrido. Por último, el sujeto obedece á las indicaciones más absurdas del niño, como pincharse con un alfiler, comer un pedazo de papel ó de madera, mostrar los órganos genitales ó el ano, etc.

Hay, pues, además de las perturbaciones principales, una *obediencia absolutamente pasiva.*

Su amor por los niños se extiende tanto á uno como á otro sexo; no le llaman la atención los niños de pecho ni los que pasan de 13 ó 14 años. Su obediencia pasiva se refiere en lo absoluto á los niños, pues no obedece la menor indicación de un adulto.

Por último, no tiene perturbaciones sexuales, pues habiéndosele puesto en determinadas condiciones cerca de un niño, no se vió la menor tendencia á la pederastia.

Tétanos curado con substancia cerebral.—*(Semana Médica*, Buenos Aires, Febrero de 1904.)—El Dr. Emilio Debenedetti relata un caso de tétanos, perfectamente comprobado, que fué posible curar en muy corto tiempo, con inyecciones de una emulsión de substancia cerebral. No es el único caso curado por ese procedimiento, pues en el año de 1902, el mismo Dr. Debenedetti tuvo oportunidad de tratar otro, usando grandes dosis de cloral, el método de Baccelli y las inyecciones de substancia cerebral. El primer caso es más notable, pues solamente usó las inyecciones de substancia cerebral y pequeñas dosis de cloral, que en ocho días sumaron 20 gramos.

En Buenos Aires ha tenido noticia de una curación por el mismo método, obtenida por el Dr. Dessy, del Hospital «Melchor Romero,» y cuyo caso no ha sido publicado.

Este método curativo se debe á Wossermann y Takaki; pero en el campo clínico fué aplicado por primera vez por Krokiericz.

El Dr. Debenedetti hace emulsionar 25 gramos de substancia cerebral en igual cantidad de agua destilada, que inyecta por la hipodermis. Otros prefieren emulsionar en solución salina fisiológica.

Tratamiento de los trastornos gastro-intestinales de la infancia, por la gelatina, usada sola ó con otros medicamentos.—*(Semana Médica*, Buenos Aires, Abril de 1904.)—El primer trabajo bien documentado y de importancia real que sobre ese asunto se haya escrito, se debe al Dr. Patricot, de Lyon, que bajo la inspiración de Weil, fué motivo de su tesis inaugural, el año de 1903.

Los Sres. Dres. Delio Aguilar y Genaro Sisto, Jefes de Clínica Infantil en la Facultad de Buenos Aires, han repetido las experiencias de Patricot, ampliándolas y agregando algunas nuevas, no escasas de importancia.

El fundamento del método estriba en la facultad que tiene la gelatina de facilitar la coagulación de la leche y hacerla en fragmentos más y más pequeños, á medida que el título de la disolución es más fuerte. Estas experiencias, hechas *in vitro*, fueron confirmadas *in vivo*, provocando diarrea á unos perros, en los que el uso de la gelatina dió el resultado que se esperaba.

La solución que los Dres. Aguilar y Sisto recomiendan está formada de: agua, 100 gramos; gelatina, 10 gramos; cloruro de sodio, 7 gramos; pero en numerosos casos suprimen el cloruro de sodio. Recomiendan que se use la gelatina blanca del comercio y que la solución sea esterilizada al autoclave, á 120°. Emplean habitualmente 10 á 20 gramos en 24 horas, ó sean 100 ó 200 centímetros cúbicos de la solución.

La gelatina puede emplearse asociada á los astringentes (tanino, tanígeno, tanona, etc.). Con el calomel los resultados son muy eficaces, pues aparte de que su acción desinfectante parece más enérgica, modifica el número y carácter de las evacuaciones. Asociada al láudano, el poder astringente aumenta de un modo notable.

Con los purgantes se obtiene lo siguiente: si el purgante se toma después de ingerida una dosis regular de gelatina, el efecto catártico es nulo; pero si se toma la gelatina unas dos horas después del purgante, las evacuaciones vienen sin alteración alguna.

Se ha objetado que la gelatina sería un buen medio de cultivo para los microorganismos del intestino. Teóricamente no se podría negar esto; pero en la práctica se ha visto lo contrario.

El examen de la orina, hecho en el curso de la medicación, demuestra un descenso constante en la cantidad de substancias que, como el indol y el escatol, acusan un estado de autointoxicación.

El suero diagnóstico de Widal.—*(Semana Médica*, Buenos Aires, Junio de 1904.)—Sin que se haya negado la importancia de ese medio diagnóstico en la fiebre tifoidea, su existencia ó ausencia no da una seguridad absoluta, pues se han señalado diversas enfermedades en las que la reacción es positiva, y en casos comprobados, de fiebre tifoidea, por otros procederes, suele no existir la suero-reacción de Widal.

A propósito de esto, el Sr. Dr. Acevedo leyó en el 2° Congreso Médico Latino Americano la historia de dos enfermos, en los que había diagnosticado fiebre tifoidea, fundándose en la reacción de Widal, y en los que más tarde se comprobó una tuberculosis miliar, con exclusión completa de fiebre tifoidea.

DR. FERNANDO OCARANZA.

El yoduro de potasio como específico de la neumonía lobular.—(M. Ricord.)—De todos los casos de neumonía tratados por el Dr. H. Altshut con el yoduro de potasio, asegura no haber obtenido una sola mortalidad, y deduce de aquí que dicha substancia es directamente antagonista de dicha enfermedad.

El tratamiento consiste en dar el yoduro á una dosis inicial de 50 centigramos á 1 gramo, aumentando de 30 á 60 centigramos cada dos ó tres horas, durante el día y aun durante la noche, según sea la gravedad del caso, continuándose así hasta que la defervescencia franca se establezca.

Tan luego como el pulso se altere, se suspenderá la dosis, sirviéndonos de guía la regularidad del corazón, determinada por la auscultación. Si los sonidos son claros y distintos, las cosas marchan bien. Si hay irregularidad en los movimientos cardíacos, se dará de 1 á 1½ miligramos de estricnina cada cuatro ó seis horas, hasta que el corazón vuelva á su estado normal.

El Dr. Altshut ha llegado á dar de este modo de 65 gramos (1,000 granos) á 97 gramos (1,500 granos) diarios de yoduro en solución láctea al 50 por 100, habiendo llegado en un caso hasta dar 195 gramos.

El Dr. H. T. Prentis, según refiere Altshut, ha llegado á dar en un caso 195 gramos (3,000 granos) diarios durante cuatro días, y á otro paciente, á un niño, 136 gramos durante dos días, sin ningún signo de intolerancia y con brillantes resultados.

Al principio del tratamiento aparece una ligera coriza, pero ésta desaparece al aumentarse la dosis.

Termina el Dr. Altshut insistiendo sobre la importancia del estado del corazón durante el tratamiento, y recordando que si algunas veces no se consigue el éxito, débese en gran parte á la falta de método y de valor.

Un nuevo signo de la meningitis de la base.—El signo que Squires ha encontrado como invariable en esta enfermedad, se presenta frecuentemente al cuarto ó quinto día, según sea la fuerza del ataque, y consiste en una dilatación y contracción rítmica de la pupila.

Para obtener este signo, aconseja Squires proceder del modo siguiente: Colóquese la cabeza del niño sobre las rodillas, con la cara hacia arriba, descansando el cuerpo sobre el de la nodriza. Tómese la cabeza del niño por los lados, con ambas manos, y llévesela gradualmente en la extensión forzada. Inmediatamente se nota la dilatación simultánea de la pupila, coincidiendo la extrema extensión con la dilatación extrema. Lo contrario sucede en la flexión: las pupilas se contraen tanto más cuanto mayor es ésta, cerrándose completamente cuando la barba toca el pecho.

Esto puede hacerse varias veces, presentándose en todas el fenómeno pupilar.

La dilatación de las pupilas y la extrema retracción de la cabeza en el último estado de la enfermedad, deben ser en cierta medida producidos mecánica ó hidrostáticamente por el aumento de presión por efusión, sobre los nervios ó sobre sus centros en la base del encéfalo.

Un reconocimiento temprano y un tratamiento apropiado serán muy importantes, si queremos salvar algunos de nuestros pacientes.

México, Agosto de 1904.

ALBERTO OVIEDO.

SECCIÓN XXIX.

EL RADIUM

PRIMERA PARTE.

Descubrimiento.—Propiedades.—Caracteres físicos y químicos.—Teorías.

(Trabajo reglamentario leído ante la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» en las sesiones del día 17 de Junio y del día 1º de Julio de 1904.)

Señores consocios:

Al serme comunicada hace algunos días, por la Secretaría de esta Sociedad, mi turno de lectura reglamentaria, fué mi primer pensamiento aprovechar la ocasión tan propicia que con este motivo se me presentaba, para someter á la ilustrada consideración de sus miembros algunas cuestiones tocológicas que siempre han cautivado mi atención y que merecen detenido examen.

Pero una de ellas, la que hubiese deseado traer á discusión, necesita el apoyo de la Estadística; y siendo escaso y perentorio el plazo de que he dispuesto, he preferido dejarlo para más tarde, y ocupar vuestra benévola atención con una rápida reseña sobre ese maravilloso metal, el *radium*, que tan poderosamente está cautivando la atención del mundo científico, de ese nuevo cuerpo que está conmoviendo los cimientos de la Física, que entraña nuevos problemas sobre la constitución íntima de la materia, y que, como en todos los demás, ha causado en mi ánimo la impresión gratísima que causa la percepción de un horizonte nuevo, alzándose sobre esos campos vastísimos y de extraordinaria é inagotable fecundidad que forman los dominios de la Ciencia.

Seducido por el encanto de este nuevo misterio que el estudio, la observación y la perseverancia comienzan á violar, penetrando con la noble osadía del conquistador, en el maravilloso tabernáculo de la Madre Naturaleza, he procurado leer lo mejor y más reciente que sobre tan interesante asunto se ha publicado en ambos mundos, deseando ofreceros un breve resumen de los hechos adquiridos, para terminar, naturalmente, con la parte que más nos interesa, con las aplicaciones terapéuticas que puedan utilizarse de la radio-actividad de la materia, asombrosa propiedad apenas entrevista por nuestros antecesores y que promete inesperados descubrimientos en esa vía.

Como descubrimiento reciente, casi todo es embrionario, vago y mal estudiado; pero seanos lícito prever en la nueva senda de investigaciones abierta por el *radium*, un bellísimo porvenir para las ciencias naturales.

El siglo XIX, al cual pertenecemos, deja en la historia del prograso y en los anales de la humanidad un rastro de luz, que nuestros pósteros reconocerán sin duda, como nosotros reconocemos la altitud y el apogeo á que lograron llevar la Filosofía y la Literatura los ingenios preclaros que florecieron en el siglo XVII.

Pero considerando con imparcialidad los avances que el nuevo siglo inicia, aunque los hombres del anterior sean todavía sus progenitores, lógico es presumir que la nueva centuria ofrezca al mundo científico sorpresas y es-

plendores que ni la imaginación más fecunda y soñadora pudiera predecir en la actualidad. El *radium*, como dije antes, significa una nueva etapa; permitidme, pues, señores, que, aunque brumosa todavía, procuremos ver sus primeros lineamientos.

I. *Historia.*—En 1896, Mr Becquerel, al estudiar los rayos emitidos por los cuerpos fosforescentes, descubrió en las sales de uranio radiaciones especiales un poco análogas á los rayos de Rœntgen y á los rayos catódicos, cuya emisión significaba un fenómeno nuevo y extraño, diferente á la fosforescencia y fluorescencia, que en la materia sólo transforma rayos de onda corta en rayos de onda mayor.

El uranio emite rayos espontánea y constantemente, que impresionan las placas fotográficas y atraviesan todas las substancias gaseosas, líquidas y sólidas, si estas últimas no son de grande espesor.

En 1898, Smith y Mad. Curie hallaron el *thorium*, que, como el uranio, presenta la propiedad atómica de la radio-actividad, emitiendo los rayos que desde entonces, y en honor del ilustre sabio, fueron llamados *rayos Becquerel.*

Mad. Curie encontró que algunos compuestos del uranio, como la pechblenda, que lo contiene oxidado, presenta una actividad cuatro veces mayor que la del uranio. Por esto se supuso que allí existía alguna otra substancia de mayor radio-actividad que el uranio y el *thorium.*

En 1900, Mr. y Mad. Curie descubrieron el *Polonium*, semejante al bismuto y al *Radium*, análogo al *barym*. En seguida, Mr. Debierne ha separado el *actinium*. Estos nuevos elementos han visto la luz en el laboratorio de la Escuela de Física y Química Industriales, de Paris.

II. *Medida de la intensidad de la radiación de las substancias radio-activas.* —Dos métodos se han empleado para ello: el método fotográfico y el método eléctrico. En el primero, indicado por Crookes, es de una gran simplicidad. Durante varias horas, y en la obscuridad naturalmente, aplícase el mineral que va á ensayarse sobre una placa fotográfica, interponiendo solamente una hoja de papel negro. Sobre la misma placa pueden colocarse hasta veinte minerales, procurando que cada uno de los que van á ensayarse ocupe sólo el espacio de uno ó dos centímetros cuadrados. Como es de suponerse, la diferente impresión que dejan en la placa, indica, por comparación, la diferencia de radio-actividad de cada uno de los ejemplares que se estudian.

El método eléctrico consiste en determinar el grado de conductibilidad adquirido por el aire bajo la acción de las substancias radio-activas, cuya determinación se logra observando la rapidez de la descarga de un electroscopio.

El procedimiento por medio del electrometro es evidentemente mucho más preciso, pero exige un dispositivo mucho más complicado, cuya descripción y fundamentos no abordaremos, para no hacer más largo y difuso el presente trabajo.

III. *Extracción de las sales de radium.*—Huellas insignificantes de *radium* se encuentran en algunos minerales como la *pechblenda* y la *carnotita*, acompañando siempre al uranio y al *barym*, sin que se le encuentre en los minerales de este último, si en ellos no existe el uranio. Hasta hoy sólo se ha extraído de la pechblenda de Joachimstal, en Bohemia, obteniéndose tan sólo 1 ó 2 decigramos de bromuro de *radium* de cada tonelada de mineral. Esta notoria escasez y la dificultad de su extracción, por tener la materia prima un gran número de metales asociados, ha hecho laboriosísimas las investigacio-

nes; y por las cortas cantidades obtenidas, tiene hoy un precio rayano en lo inverosímil.

Presúmese ya, sin embargo, que las substancias radio-activas se encuentran casi uniformemente distribuidas en la superficie de la tierra, y los químicos Elster y Geitel han extraído poco ha, de materias arcillosas, productos con una radio-actividad semejante á la del uranio, lo cual hace suponer que el *radium* ó un cuerpo análogo en propiedades, podrá hallarse en breve plazo.

Respecto del tratamiento de la pechblenda, sólo diremos que se divide en tres períodos ó fases diferentes. En la primera se extrae de este mineral todo el uranio que contiene, separando cuidadosamente todos los residuos que contienen substancias poseyendo en alto grado la radio-actividad. Esta operación se ejecuta quemando el mineral molido con carbonato de sosa, lexiviándolo con agua caliente y en seguida tratándolo con ácido sulfúrico diluído, cuya solución contiene todo el uranio. La segunda operación comprende el tratamiento de los residuos, separando y purificando las porciones ricas en *radium*, *polonium* y *actinium*. Esta operación es mucho más complicada que la primera, porque en estos residuos se encuentran más de quince metales en mayor ó menor cantidad; no será descrita aquí, como tampoco la siguiente, en obsequio de la brevedad. Quienes deseen conocer las operaciones químicas necesarias para obtener estos resultados, pueden consultar las obras especiales sobre la materia, entre otras la de Jacques Danne, el preparador de Mr. y Mad. Curie.

Después de obtener por una larga serie de operaciones y por tonelada de materia prima, 8 ó 10 kilogramos de bromuro de *barium*, cuya radio-actividad es sesenta veces mayor que la del uranio metálico, se llega á la tercera fase ó período del tratamiento. Este lo constituye el fraccionamiento de las sales radíferas de *barium*, lo cual se obtiene mejor, según Giesel, por cristalizaciones fraccionadas de los bromuros. De esta manera se obtiene el bromuro, el cloruro y el azotato de *radium*, las sales más conocidas y usuales.

IV. *Caracteres de las sales de radium.*—A. *Caracteres químicos.*—Tomando por unidad la actividad del *uranium*, el bromuro de *radium* es 1.000,000 de veces mayor. Sus sales son blancas, volviéndose amarillentas y aun violadas con el tiempo, y se asemejan á las del *barium* en sus caracteres físicos y químicos. Mr. Giesel ha comprobado que el cloruro de *radium*, sólido ó en solución, desprende hidrógeno y cloro al romper el ámpula que lo encierra.

B. *Coloración del espectro.—La flama toma un hermoso color carmín.*—Los estudios espectroscópicos hechos por Demarçay, Runge y Precht y Crookes, han caracterizado sus tres principales rayas: una en el azul (λ=468.30), otra en el violeta (λ=434.06) y otra en el ultravioleta (λ=381.47), siendo las tres fuertes y tan intensas como las más brillantes conocidas; también hay dos nebulosas, la una en el azul y la otra del índigo hacia el ultravioleta. La sensibilidad del método espectroscópico es menor que la del eléctrico, porque éste revela una substancia radio-activa cuando su actividad es 1/100 de la del uranio, ó sea 1/1.000,000 de la del *radium*. El brillante espectro de la flama de las sales de *radium* tiene dos bandas rojas, una raya en el azul-verde y dos líneas en el violeta.

C. *Peso atómico.*—El peso atómico determinado por Mad. Curie es igual á 225.

D. *Luminosidad de las sales de radium.*—Todas ellas son luminosas en la obscuridad, sobre todo el cloruro y el bromuro, cuando son calentadas, dismi-

nuyendo si se humedecen. Las luz se asemeja á la de las luciérnagas y puede verse aun en el día.

E. *Desprendimiento de calor de las sales de radium.*—Estas desprenden á la vez, constante y continuamente, calor. Un gramo de bromuro desprende por término medio unas 100 calorías por hora, es decir, puede fundir un peso mayor que el suyo, de hielo. Esto se evidencía por medio del termómetro, comprobándose una diferencia de 3 grados entre dos termómetros, el uno cerca de una sal de *radium* y el otro ante una sal inactiva. Mídese mejor con el calorímetro de Bunsen. Si se disuelve en agua una sal de *radium* y se encierra la solucion en un tubo cerrado, se desprende calor desde luego; pero este calor es débil al principio y va progresivamente, hasta alcanzar su máximum al cabo de un mes. Cuando ha llegado á él—fenómeno admirable que deja atónito al observador, y del cual hablaremos luego—continúa desprendiendo esa misma suma de calor *indefinidamente.*

F. *Variaciones de actividad de las sales de radium.*—Como acabamos de asentar, estas sales, mantenidas en igual condición física, tienen una actividad permanente é inalterable, aun despnés de varios años. Hay que no dejar en silencio, sin embargo, otro fenómeno, notable también, como lo son todos los que se relacionan con este misterioso cuerpo: la sal de *radium*, en estado sólido, tiene una actividad límite 4 ó 5 veces mayor que la inicial, como dijimos ya; pero cuando se disuelve en agua, se verifica el fenómeno inverso. La solución tiene primero una actividad muy grande; pero disminuye pronto, si ésta se deja al aire libre, llegando á tener una actividad límite débil, más aún que la inicial del producto.

G. Dos propiedades más deben estudiarse en las sales de *radium:* su radiación y la radio-actividad inducida, por la cual comunican sus propiedades á todos los cuerpos vecinos. Pero estas cualidades son de tal modo interesantes, que merecen tratarse con una poca de mayor extensión.

La radiación de las sales de radium.—Los rayos que emiten éstas, propáganse en línea recta y no se reflejan, ni se refractan, ni se polarizan, y forman, como dice Danne, de quien tomamos estos datos, una mezcla complexa en la cual pueden distinguirse tres grupos principales, que Rutherford ha designado por *Alpha*, por *Beta* y por *Gamma.* Colocada la sal de *radium* en la cavidad de un block de plomo y en un campo magnético (polo Norte adelante y polo Sur hacia atrás), sepáranse estos tres grupos de rayos. Los rayos *Alpha* se desvían hacia la izquierda de su trayectoria rectilínea, y son los más importantes, comunicando gran conductibilidad al aire. Los rayos *Beta* lo son también hacia la derecha, como los rayos catódicos, y los rayos *Gamma* no se desvían de su trayectoria rectilínea; son análogos á los rayos *Rœntgen* y los más débiles, absorbiéndose prontamente por el aire y siendo detenidos por las pantallas, al contrario de lo que sucede con los de Rœntgen.

A. *Rayos Alpha.*—Estos son apenas desviados por los campos eléctricos y magnéticos, y se conducen como proyectiles, animados de gran velocidad y cargados de electricidad positiva. Según M. Des Contres, su velocidad es veinte veces menor que la de la luz, lo cual, sin embargo, da una velocidad vertiginosa. Son ellos los perceptibles en el aparato de Mr. Crookes llamado «espintariscopio,» en el cual, á la extremidad de un alambre, se coloca una fracción de miligramo de una sal de *radium*, á menos de un milímetro de un tabique ó plancha de sulfuro de zinc de Sidot. En la obscuridad y con lentes de aumento, se ven puntos luminosos, que aparecen y se extinguen rápidamente. Es una

lluvia de estrellas errantes sobre un cielo obscuro. Esta observación parece permitirnos el distinguir la acción individual de los átomos, inaccesibles siempre á nuestros sentidos.

B. *Rayos Beta.*—Estos son análogos á los rayos catódicos: fácilmente son desviados por un campo magnético. Colocando una ampolleta con una sal de *radium* en la extremidad de un grueso tubo de plomo, entre las ramas de un electro-imán y con un electroscopio, puede esto demostrarse. Los rayos *Beta* del *radium* están cargados de electricidad negativa, lo cual se demuestra por otro aparato, que tampoco describiré (entrando en estos detalles se alargaría más aún este trabajo). De estas experiencias, sin embargo, dedúcese otro hecho curiosísimo é inexplicable hasta hoy: una sal de *radium*, encerrada en una ámpula aisladora por completo, lo mismo que una botella de Leyden, se carga de electricidad *espontáneamente*, siendo el *radium* el primero y único cuerpo en que esto se verifica. Refiérese que si con una lima se hace un pequeño surco en el cristal de la ampolleta, brota en ese punto una chispa, y el operador percibe en los dedos la descarga.

A pesar de la concisión que me he impuesto y desearía tener en esta primera parte de mis apuntamientos sobre el *radium*, no resisto el deseo de describir el aparatito de Mr. Strutt, bautizado valientemente con el nombre de «Aparato de movimiento perpetuo.» Consiste en una ampolleta de cristal, que contiene una sal de *radium* y está suspendida por una varilla de cuarzo á la parte superior de una campana de vidrio. De la parte inferior de la ámpula misma, formando un electroscopio, se desprenden dos hojas de oro volador, que al separarse pueden tocar dos lamíuitas metálicas, puestas en comunicación con la tierra de una manera permanente. En la campana se ha hecho previamente el vacío más perfecto posible. El funcionamiento del aparato es entonces sencillo y fácil de comprender: la carga positiva del *radium* se comunicará á las hojuelas metálicas, separándose éstas, que se aproximan y tocan las laminillas y la descarga se verifica. Caen las hojas, volviendo á su posición primitiva; y como la producción de electricidad es continua, el fenómeno se repite de nuevo, á intervalos regulares, siendo éstos tanto más cortos naturalmente, cuanto mayor es la cantidad de *radium* encerrada en la ampolleta. Esta debe hallarse bien aislada, y el vacío de la campana debe ser el más completo posible.

Supónese que los rayos *Beta* están constituídos por proyectiles *(electrons)* que, por consideraciones teóricas, se cree son 2,000 veces más pequeños que un átomo de hidrógeno, lanzado con una gran velocidad. «La medida de las desviaciones de estos rayos bajo la influencia de un campo magnético,» dice Danne, «ha permitido á Becquerel y á Kaufmann determinar la velocidad de estos proyectiles.» Estas velocidades están comprendidas entre 2.36×10^{10} y 2.83×10^{10} centímetros por segundo, velocidad muy semejante á la de la luz.

No hay que olvidar, señores, estos datos de notoria importancia, pues unos proyectiles de tan pequeña masa y tan enorme velocidad, deben poseer un poder penetrante en la materia muy elevado, y esta sola consideración hace que el uso terapéutico de ellos en algunos neoplasmas, encuentre una aplicación aceptable, aunque estemos aún muy lejos de hallar una demostración satisfactoria y comprobada de su *modus operandi*. En la segunda parte de mi trabajo volveré á tocar esta cuestión, manifestando las ideas teóricas que me impulsan á creer que el nuevo tratamiento que utiliza la radio-actividad de las sales de *radium*, es justificado y justificados los ensayos y estudios que sobre

él se han emprendido y están haciéndose en la actualidad en todas las partes del mundo por investigadores dignos de confianza y crédito.

C. *Rayos Gamma*.—Estos rayos son comparables á los rayos de Rœntgen, y no poseen carga eléctrica, siendo los que en menor número componen la radiación de las sales del *radium*. Tienen un enorme poder de penetración, y algunos atraviesan varios centímetros de plomo; ionizan el aire y dejan una huella ligera, pero bien perceptible, sobre la placa fotográfica.

En resumen, los rayos que el *radium* emite son semejantes á los emitidos por la ampolleta de Crookes: los rayos *Alpha* corresponden á los rayos-canales de Goldstein (canalstrahlen): los rayos *Beta* á los catódicos y los rayos *Gamma* á los de Rœntgen. Son, sin embargo, y esto está demostrado, mucho más penetrantes. Los rayos Rœntgen son, por ejemplo, detenidos por una hoja de plomo de 1 á 2 milímetros de espesor, y los rayos *Gamma* del *radium* atraviesan una plancha de 50 á 60 milímetros. Esta circunstancia, á mi juicio, habla muy en favor de las aplicaciones de la radiación de las sales del *radium* en aquellos casos en que los rayos de Rœntgen han sido aplicados terapéuticamente con resultados apreciables.

Efectos de la radiación de las sales de radium.

A. *Fluorescencia y efectos luminosos*.—La fluorescencia de muchos cuerpos es provocada por los rayos del *radium*, siendo ésta tanto más bella, cuanto más activa es la sal. El cuarzo, el vidrio (sobre todo el de Turingia), las sales alcalinas, las materias orgánicas y, sobre todo, el platino-cianuro de *barium* y el de *potasium*, adquieren una hermosa fosforescencia, el último verde y el anterior azul; la kunzita la adquiere y presenta de un color rojo asalmonado. El platino-cianuro de *barium* tórnase fluorescente, aunque se haya interpuesto una pantalla ó el cuerpo humano, y su fosforescencia es visible, aun cuando esté la sal radífera á dos ó tres metros. De paso señalaré una aplicación práctica de esta propiedad, la diferenciación de los diamantes falsos y los verdaderos. Con los falsos sólo se obtiene una luminosidad notablemente menor que la observada en los verdaderos. La luminosidad espontánea de las sales de *radium* se cree debida á que ellas mismas se hacen fosforescentes por los rayos de Becquerel que emiten, distinguiéndose aun con la luz del día y permitiendo hasta leer con su auxilio en la obscuridad. Esta luz, examinada por Mr. y Mad. Huggins con el electroscopio, ha revelado un hecho curioso: el espectro no es continuo y tiene reforzamientos que corresponden á las bandas brillantes del espectro del ázoe, obtenido al analizar la luz producida por las descargas eléctricas al través de ese gas.—*(Continuará.)*

NOTAS.

Reproducimos íntegro en el presente número el artículo «Un dictamen en su relación con la clínica,» del Dr. Gabriel Silva y Valencia, por haberse publicado incompleto en el número anterior.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, NOVIEMBRE 1º DE 1904. NÚM. 11.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

ALGO SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL TUBO DIGESTIVO

Las enfermedades del aparato digestivo que con frecuencia se observan en la ciudad de México, ofrecen en ciertas épocas del año, sobre todo en el tiempo de lluvias, un carácter verdaderamente epidémico.

Año por año, en los meses de Junio, Julio y Agosto, el número de enfermos de esas afecciones aumenta considerablemente, y las defunciones por esta causa se multiplican también, al grado que en estos meses el contingente mayor de mortalidad es dado por las enfermedades del tubo digestivo.

No sería lógico pensar que el número mayor de defunciones por esa causa dependía solamente del mayor número de enfermos que hay en esa época; es necesario tener en cuenta también que, además de revestir el carácter epidémico, esas afecciones presentan á la vez en esa época una malignidad notable, como si la causa que las produce acrecentase también su energía.

El año de 1902 estuve yo por este tiempo de lluvias en la ciudad de México, y tuve ocasión de observar algunos casos de afecciones gastro-intestinales en personas de mi familia. Llamaron mi atención estos casos por el carácter netamente infeccioso que revisten y por la rapidez con que evoluciona esta infección. Recordé que este carácter infeccioso ya había sido notado muchos años atrás por los médicos que han ejercido en esta Capital, y que para explicar esa malignidad se han emitido numerosas hipótesis. La alta temperatura de estos meses, la humedad producida por las lluvias, las frutas verdes que abundan en este tiempo, la frecuencia con que masas considerables de pueblo resisten á campo descubierto los torrenciales chubascos que caen sobre la ciudad, la desecación sobre el cuerpo de la ropa mojada por la lluvia, el abuso,

mayor durante estos meses, del aguardiente en ayunas («hacer la mañana»), la absorción de alimentos adulterados ó descompuestos, una alimentación en desacuerdo con la edad ó con el estado de salud de los individuos, la mala calidad de las aguas potables que surten la Ciudad y el uso y el abuso del pulque, casi siempre adulterado, que se consume.

En una época más cercana, cuando los estudios bacteriológicos y microbiológicos comenzaron á preocupar á los médicos, las hipótesis sobre la naturaleza microbiana de las afecciones gastro-intestinales estuvieron á la orden del día. Todas esas hipótesis pueden agruparse en dos categorías: la primera supone que el germen es de origen telúrico: el agua que impregna el suelo de la Ciudad, la falta de canalización del suelo, para dar salida á los productos excrementiciales que lo impregnan; las putrefacciones que el calor solar desarrolla en el suelo así dispuesto, son circunstancias que favorecen la formación de miasmas, gérmenes ó microbios que van á obrar sobre los órganos digestivos de los individuos, engendrando así las enfermedades gastro-intestinales.

Esta hipótesis llegó á tomar los tamaños de una verdad, y se creyó que una vez terminado el *drenage* vendría, si no una diminución notable de esas afecciones, al menos una modificación en su carácter maligno. Se concluyeron las obras de canalización y, á pesar de esto, las afecciones gastro-intestinales no cambiaron ni la forma ni la intensidad de sus ataques.

La segunda hipótesis supone que los gérmenes que engendran esas afecciones se desarrollan en el cuerpo humano, de donde salen con las deyecciones, yendo después á impregnar las aguas y diversas substancias que, ingeridas de nuevo por el hombre, le ocasionan una verdadera intoxicación.

Respetando todo lo que puedan tener de verdad tanto estas hipótesis modernas como las causas que invocaban los antiguos, creo que la verdadera causa de esas afecciones reside en un *complexus*, en el cual intervienen tanto el individuo como el medio en que éste vive, y que ese *complexus* se encuentra realizado en la ciudad de México y sus habitantes. Y si se quiere modificar ese *complexus*, es forzoso obrar sobre sus dos elementos: *individuos* y *medio*.

La higiene moral y corporal pondrá á los individuos en estado de resistir al medio con ventaja. La higiene del medio hará á éste inofensivo para los que viven en él.

Haré notar, de paso, que la ciudad de México es acaso la única en el mundo en que se consuma la bebida llamada *pulque* (el alcohol que contiene esa bebida parece ser triatómico, semejante á la glicerina). El pulque sufre entre los que lo preparan y lo expenden innumerables adulteraciones que sólo tienen por objeto ocultar su descomposición pútrida, descomposición que parece comenzar pocas horas después de extraído del maguey. Siendo casi universal en esta ciudad el uso del pulque, se debe hacer un esfuerzo para reglamentar tanto la elaboración como el expendio de él, y establecer medios que hagan conocer cuándo esa bebida está adulterada ó descompuesta y retirarla del consumo rigurosamente. Si se llevara á efecto la vigilancia en este solo punto de la higiene de la ciudad de México, no temo equivocarme al afirmar que más de un 75 por ciento del pulque que debía consumirse por los habitantes de la Capital sería inutilizado como producto en putrefacción.

Pero me he distraído del objeto que me propuse al escribir este pequeño artículo. Deseaba sólo dar á conocer á los lectores de la CRÓNICA un caso clínico, notable por más de un concepto, pues la persona que nos lo ofrece con-

trajo en la ciudad de México, con toda certidumbre, la infección gastro-entero-cólica que casi la llevó á la puerta del sepulcro. El caso es el siguiente:

La Sra. N , de Teotitlán, Oaxaca, de 61 años, casada, de buena constitución, estuvo viviendo en la ciudad de México durante los meses de Mayo y Junio del año de 1902. A principio de Junio se vino para su villa natal, y tres días después de su llegada se sintió indispuesta ligeramente; á pesar de esto tomó un baño. Al día siguiente, como á las 8.30 a. m., fué atacada de un fuerte calofrío, que duró como hora y media, acompañado de vómitos y evacuaciones líquidas y abundantes, retortijones y tenesmo rectal. Tomó la enferma, por indicación de la familia, un purgante: todo el día y la noche tuvo evacuaciones, siendo los vómitos menos repetidos durante la noche. A otro día fuí llamado, y después de saber lo anterior, hice las observaciones siguientes: temperatura, 39°, pulso pequeño y frecuente (103 por minuto), postración alarmante, vientre sensible á la presión, sobre todo alrededor del ombligo; bazo un poco crecido, meteorismo al nivel del colon ascendente y transverso, sensibilidad en el epigastrio, lengua seca y saburral, sed, anorexia completa, nauseas y tendencia al vómito, más marcada cuando se sienta la enferma y después de tomar el alimento. En el vómito viene el alimento mezclado con bilis. Examinada la evacuación hecha media hora antes, presenta los caracteres siguientes: color amarillo azafrán, líquida; en ese líquido nadan numerosas bolas del tamaño de una cereza, de color amarillo claro, formadas por moco, epitelio intestinal y bilis, y además se ven en el líquido pequeños cuerpos del tamaño de un grano de mostaza, aplastados, de color amarillo subido, formados por moco del intestino delgado, teñido por la bilis; no hay en estos cuerpecillos rastro alguno de folículo intestinal, pues al escurrir sobre las paredes del vaso ó del vidrio porta-objeto, se alargan y se vuelven más anchos, dejando ver claramente su estructura mucosa y algunas células epiteliales. El olor de las deyecciones es característico, nauseabundo. La orina ha sido un poco escasa y de color rojizo. No ha podido dormir en las dos noches anteriores.

Teniendo en cuenta que en Teotitlán reina el paludismo, hice la prescripción siguiente: Sulfato de quinina, 1 gramo en tres obleas Limousin, para tomar una cada 12 horas. Idem: Subnitrato de bismuto, 6 gramos; salicilato de bismuto, 4 gramos. Mézclese y divídase en 6 sellos: uno cada dos horas. Idem: Solución de ácido bórico al 4 por 100, 2000 gramos, para dos lavatorios intestinales, uno cada seis horas, estando la enferma en posición adecuada: pelvis levantada y decúbito supino. Leche cada 3 ó 4 horas.—Poción de Rivière contra los vómitos.

A las 6 p. m. que volví á ver á la enferma, nada había cambiado el cuadro anterior, con excepción de la temperatura, que fué de 38°, y la postración, que era más marcada. Pulso, 105, pequeño y débil. Ha habido hasta esta hora 6 evacuaciones y ha vomitado dos veces el alimento. Agrego al tratamiento anterior una poción con tintura de nuez vómica, que debe tomar en cucharaditas, una cada 2 ó 3 horas.

Julio 10.—Al día siguiente, 6 a. m., se me dice que la enferma pasó la noche mejor que las anteriores; durmió algo, aunque el sueño fué con frecuencia interrumpido; no hubo delirio; hubo dos evacuaciones, y en la madrugada hubo un vómito alimenticio; la sed continúa. Temperatura, 37°5; pulso, 108; postración más marcada que la víspera; la voz es débil; vientre algo meteorizado en los mismos puntos que ayer. Las deyecciones tienen el mismo aspecto que

las anteriores, excepto el color, que ha cambiado, porque comienza á eliminarse el óxido de bismuto. Sobre algunas bolas de moco se ven pequeños rastros de sangre; casi son inodoras. La orina ha aumentado algo en cantidad; es de color obscuro; no tiene sedimentos.

Insisto sobre el tratamiento instituído: subnitrato y salicilato de bismuto, gramos 6×4, en 5 obleas ó sellos, uno cada 2 horas; lavatorios con solución boricada, uno cada 4 horas; poción con nuez vómica, cucharadita cada hora. Además, aplicación de compresas templadas en agua caliente, sobre el vientre, durante una hora, y repetidas cada 4 horas. Leche cada 3 horas. Ordeno que á las 8.30 a. m. tome la última dosis de quinina y que no se repita la fórmula de esta substancia.

A las 6 p. m. volví á ver á la enferma. Supe que no había tenido vómitos; no hubo durante el día evacuaciones; estuvo inquieta. Temperatura, 36°9; pulso, 110; vientre meteorizado; postración casi idéntica á la observada en la mañana; voz débil. Sigo el mismo tratamiento.

Julio 11, 6 a. m.—La enferma ha pasado una noche mala: no ha dormido, hubo ocho evacuaciones, dos veces vomitó el alimento. Temperatura, 36°; pulso, 130, pequeño y débil; tiene fríos los pies; la voz es muy débil; grande postración. Las dos últimas evacuaciones vinieron ya sin óxido de bismuto. Persisten aún las bolas de moco del grueso intestino y el moco del intestino delgado; son inodoras; color amarillo claro; pequeños rasgos de sangre en algunas masas de moco. La enferma rehusa el alimento. Ordeno se le den 200 gramos de leche cada 3 horas: una oblea con 0.50 de benzonaftol, cada 4 horas; lavatorio boricado cada 4 horas; botellas calientes en los pies, é insisto sobre las compresas de agua caliente en el vientre. Cucharada cada hora de la poción con nuez vómica.

Manifiesto á la familia que deseo consultar con otro médico, y es llamado el Sr. Dr. R. Izaguirre, de Tehuacán.

A la 1 p. m. llegó el Sr. Dr. Izaguirre, y vimos á esa hora á la enferma. Hizo el señor compañero Izaguirre un atento y minucioso examen de ella. A esta hora, 1.30 p. m., tuvo la enferma 35°8 de temperatura, pulso pequeño, débil y frecuente (140); no ha llegado á faltar la recurrencia del pulso. Sólo hubo en toda la mañana una evacuación, que, examinada por el Sr. Dr. Izaguirre, encontró los caracteres que ya he descrito. Los pies continúan fríos. A las 11 a. m. hubo un vómito.

Acordes en cuanto á la enfermedad que tiene esta persona y en cuanto á la causa, pasamos á discutir el tratamiento. Siendo la indicación urgente levantar las fuerzas de la enferma, llenamos esta indicación con la fórmula siguiente: citrato de cafeina, 0.50; sulfato de estricnina, 0.01; agua destilada, 10.00. Gotas, 5 cada cuarto de hora. Fricción excitante á todo el cuerpo. 2 gránulos al miligramo de cocaina cada 3 horas. Sigue en vigor el tratamiento instituído á las 6 a. m., con excepción de la poción de nuez vómica.

A las 5 p. m. tuvo la enferma otra evacuación; está formada por serosidad de color rosado, en la cual nadan copos de moco de color casi rojo; tiene un ligero olor.

A las 6 p. m., temperatura, 35°5; pulso, 150; continúa el enfriamiento de los pies; vientre meteorizado, sed; la postración, como á las 6 a. m. Continúa el mismo tratamiento.

Julio 12, 7 a. m.—Temperatura, 35°6; pulso, 155. Hubo en la noche dos evacuaciones: son serosas, color amarillo, moco en abundancia, en forma de

bolas y de cuerpecitos pequeños, teñidos ambos (bolas y cuerpecitos) por la bilis. Hubo un vómito. La postración es un poco menor que en la víspera.

Hay menos repugnancia por el alimento, aunque la enferma rehusa la leche pura; se le ordena que la tome con un poco de café. El mismo tratamiento; además, 1 gramo de hemoneurol cada 3 horas. Durmió poco, como una hora en toda la noche.

Desde las 7 a. m. hasta las 12 m. hubo dos evacuaciones.

Siendo llamado urgentemente el Sr. Izaguirre, marcha para Tehuacán á las 12.30. A esta hora la enferma tiene una temperatura de 35°5 y pulso de 155 por minuto.

En la tarde hubo dos evacuaciones semejantes á las de la mañana, con olor; tenesmo más marcado que el primer día que vi á esta enferma, y tendencia á enfriarse hasta las rodillas.

A las 6 p. m., temperatura y pulso lo mismo que al medio día. Mucha sed; lengua muy seca.

Julio 13, 6 a. m.—La enferma pasó mala noche; casi no durmió; hubo cuatro evacuaciones sero-mucosas, abundantes; hubo un vómito. Temperatura, 35°7; pulso, 152. Ordeno los sellos siguientes: sub-nitrato de bismuto, 8.00; salicilato de ídem, 2.00; extracto thebaico, 0.05; en 5 sellos, uno cada tres horas, y suspendo la cocaina, continuando lo demás del tratamiento. Aviso por correo al señor compañero Izaguirre el estado de la enferma y la inovación que hice al tratamiento. El Sr. Dr. Izaguirre me dice por carta que use el calomel á dosis fraccionada; á mí no me parece prudente usarlo, por haber aún moco teñido de sangre en las deyecciones, y así se lo indico al señor compañero Izaguirre.

Sigo el tratamiento anterior durante los días 13 y 14 de Julio. Este día hubo dos evacuaciones sero-mucosas en la mañana; en la tarde hubo otra y ya contenía bismuto reducido, y, por tanto, de color negro. A las 6 a. m. la temperatura fué de 35° y el pulso de 155 por minuto. Continúa durante el día el enfriamiento de las extremidades, y además una tendencia muy marcada al vértigo. Rehusa la enferma el alimento y con frecuencia quiere sentarse en la cama; hay mucha sed é inquietud.

A las 6 p. m., el pulso y la temperatura eran iguales á lo observado en la mañana. Estando yo cerca de la enferma, á las 6.30 p. m., se sentó en la cama. Con una violencia notable, y al sentarse, fué acometida de un síncope, cayendo de nuevo sobre el dorso, sin movimiento ni conocimiento; pulso muy pequeño y difícil de contarse; sudor frío y ligeras convulsiones fibrilares en los brazos y en el cuello. Todo esto pasó con una rapidez notable. Recurrí á los medios indicados, y al cabo de media hora logré poner á la enferma en mejores condiciones.

Como era de esperarse, esta escena alarmó mucho á la familia, y, á pesar de que procuré tranquilizarla, sin ocultar la gravedad del caso, no creí que quedara tranquila del todo.

A las 12 a. m. volví á ver á la enferma y supe que no había repetido el síncope; que había estado recogida y, al parecer, quieta.

Julio 15.—A las 6 a. m.: temperatura, 35°9; pulso, 150, más fuerte que el día anterior. Las facciones de la enferma están algo animadas; ha tomado durante la noche, dos veces, 200 gramos de leche. No hubo ningún vómito; hubo dos evacuaciones negras, inodoras, sin sangre; hubo alguna sudación á la madrugada; la voz es más fuerte. Insisto en que se siga el tratamiento de los días

13 y 14, y creo con seguridad que ha cesado la infección y sólo es necesario vigilar la vuelta de la salud.

A las 2 p. m. de este día recibí un recado de la familia, en que me suplicaban que pasara á la casa (no había podido ir á mediodía, por atender á otras ocupaciones); voy á ella y me encuentro con que había sido llamado por telégrafo, la noche anterior, el Sr. Dr. N., Profesor de Fisiología en la Escuela de Medicina de un Estado lejano de nuestra tierra. Confieso que me sorprendió la noticia, pues no se me había anunciado tal resolución. Sin embargo, penetré á la casa y me fué presentado el Sr. Dr. N., que iba acompañado por un alumno de dicha Escuela, alumno que estaba ya para terminar su carrera. El Sr. Dr. N. me preguntó los datos relativos á la enferma y á la marcha de la enfermedad. Hice una relación compendiada de todo, y el Sr. Dr. N. (que ya había recetado á la enferma) comenzó por decirme que la mucosa del estómago no absorbía ninguna substancia; que el intestino delgado no secretaba moco en ningún caso, ni aun patológico; que la dieta láctea era perjudicial para los individuos que no estaban acostumbrados á tomar leche; que en los hospitales de México se acostumbraba dar á los enfermos que necesitaban dieta, tortillas, enchiladas y pulque; que lo que tenía la enferma era taquicardia, y.... en fin, no recuerdo qué otras cosas me dijo el señor Profesor de Fisiología delante de aquel alumno, que acaso sería su discípulo. Por toda contestación guardé silencio, y en una oportunidad salí de la sala y me fuí á la recámara de la enferma; me cercioré de que la reacción que había observado en la mañana, seguía acentuándose más, y me retiré, sin preocuparme de la receta que había ordenado el Sr. Dr. N.

No volví más á ver á la enferma, pero supe que iba mejor al día siguiente en la mañana. En la tarde de ese día fué á visitarme el Sr. Dr. N. y el joven alumno á mi pequeña botica, y tuve el gusto de enseñar á dicho doctor una media docena de libros, comenzando por la Fisiología de Kuss y Duval, querido viejo libro mío en el cual estudié Fisiología, para demostrarle que la mucosa estomacal absorbe y hacerle ver que el intestino delgado produce moco, y que no todo aumento de frecuencia en los latidos cardíacos se llama *taquicardia*, y en fin, que la dieta láctea no sólo está indicada en los enfermos que tienen costumbre de tomar leche, sino *en todos los casos* en que es necesaria, no produciendo mal en aquellas circunstancias. Tampoco me olvidé de hacerle ver al Sr. Dr. N. que desde que conozco los hospitales de México (y ya hace unos 16 años), jamás he visto que se use en ellos la dieta de tortilla con chile y pulque.

El Sr. Dr. N. creo que se mortificó un poquito; pero ante los libros pocas objeciones tuvo que hacer. Una de ellas, según recuerdo, fué cuando estando hablando sobre las experiencias de Schiff sobre la absorción estomacal en el caballo, después de ligar el duodeno y depositar en el estómago una solución de estricnina, el caballo no moría, pero tampoco moría después de quitar la ligadura, y esto era debido, según el Sr. Dr. N., no á que se hubiera absorbido poco á poco la solución de estricnina, sino á que ésta se transformaba en el estómago del caballo en una substancia no tóxica.

El Sr. Dr. N. marchó á los dos días á su lejano Estado, á seguir dando sus clases de Fisiología.

La enferma, á los cuatro días estaba casi completamente repuesta, y siguió su tratamiento *doméstico*, para acabar de reponer sus fuerzas.

Analizando rápidamente esta observación, llama la atención, sobre todo, la marcha del pulso y la temperatura; descenso marcadísimo de calor y au-

mento considerable de latidos cardíacos, como si el corazón quisiera suplir con su velocidad la pereza de los centros de calorificación, influenciados, no cabe duda, por la infección de que era presa la enferma.

También llama la atención la recrudescencia que sufría esa infección por la falta de evacuaciones alvinas y la benignidad que presentaba cuando las evacuaciones eran abundantes ó numerosas. Esto me hacía titubear, lo confieso, en usar las preparaciones de bismuto, como lo aconseja la escuela francesa; pero sin llegar á la dosis de 8 ó 10 gramos de salicilato de bismuto y á la dosis de 20 gramos de subnitrato, logré triunfar de esa infección gastro-entero-cólica.

También es digno de notarse la rapidez con que recorre su ciclo esta clase de infección, pues en un corto número de días todo está terminado, sin dejar rastros de su paso por el organismo y en algunos casos, terminado por la muerte como en dos casos observados en esta Capital (México) por el Sr. Dr. Abogado, en que la infección ha sido de tal manera grave que han fracasado los medios aconsejados por la terapéutica.

Vería con gusto algunas observaciones de los apreciables compañeros que ejercen en la ciudad de México, sobre esta clase de infección.

Tacubaya, Octubre de 1904.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

Estudio leído por su autor el Dr. J. M. HACKETT ante la «Sociedad Médica del Condado de Nueva York,»
y traducido especialmente del *Medical Record* por Alberto Oviedo
alumno de la E. N. de Medicina
para la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

«Quiero llamar vuestra atención, señores, acerca de un método de tratamiento de la fiebre tifoidea, que me complazco en llamar *específico*. Durante quince años he seguido este método en el tratamiento de la fiebre tifoidea, desarrollando gradualmente cada una de sus partes, hasta obtener un grado suficiente de certeza sobre su eficacia.

Como hasta ahora, que yo sepa, no se ha presentado ningún medicamento que pueda aceptarse como específico de la fiebre tifoidea, permitidme que en esta reunión, ante tan distinguidos representantes de la profesión médica, deje asentado que el mercurio, bajo la forma de *masa azul* ó de *calomel*, es un específico de la fiebre tifoidea.

Introducido en el interior del organismo el mercurio, es tomado por la circulación y distribuído en toda la economía; de aquí que el mercurio se ponga en contacto con el bacilo tifoideo, donde quiera que éste se encuentre, y que lo ataque y lo destruya; obrando probablemente en el interior del organismo, de la misma manera que fuera de él obra el bicloruro de mercurio. Distintas veces he podido demostrar que, cuando se administra la masa azul á un enfermo que padece de fiebre tifoidea, el bacilo pierde por completo su actividad, en un plazo que varía de cuatro á diez días. Este hecho se manifiesta al

exterior por una diminución gradual de la temperatura del cuerpo, hasta alcanzar la normal, y una sensación general de bienestar, seguida de una rápida convalecencia.

El tratamiento, que procuraré describiros en pocas palabras, consiste en la administración del mercurio bajo la forma de masa azul, á la dosis de 5 á 10 centigramos cada tres horas, hasta que se presenten los síntomas constitucionales del mercurio, la inflamación de las encías, por ejemplo.

Una dosis inicial de 25 á 50 centigramos de calomel, seguida dos horas después de un purgante salino, pueden darse con igual resultado, siempre que no haya hemorragia ó diarrea grave. Si durante el progreso de la enfermedad el estreñimiento es la regla, deberán darse 25 centigramos de calomel diarios. El calomel tiene, junto á la masa azul, la desventaja de no impregnar con seguridad el organismo, y de producir diarrea grave con tenesmo y grande postración. Salvo en los casos de diarrea ó cualquier otra contraindicación, deberá administrarse todas las mañanas una cucharadita de Sedlitz.

Sucede generalmente durante el curso de la fiebre tifoidea, que el enfermo no puede dormir; esto se debe á la presencia del bacilo en la sangre, y deberá atacarse con algún opiato. Desde hace varios años acostumbro administrar el opio bajo cualquier forma que sea, en cantidad suficiente, para asegurar el estado tranquilo del enfermo, de día y de noche. Reposo significa reparación, y esto es lo que más debe procurarse para obtener los mejores resultados. El opio produce al mismo tiempo un retardo en la acción peristáltica del intestino, evitando de este modo la hemorragia y la perforación de las ulceraciones; si la hemorragia se presenta, se acudirá desde luego á la morfina, por la vía hipodérmica, para dejar al intestino completamente libre de la acción peristáltica. Al mismo tiempo aplíquese un enema de agua y glicerina, para descargar el intestino.

En cuanto á los alimentos, someto siempre á mis enfermos á una dieta constante de leche y agua en iguales proporciones, una taza llena, ó la cantidad que el enfermo pueda tomar, cada dos horas, dando al mismo tiempo pedazos pequeños de hielo. He observado que esta alimentación fría influye materialmente en la diminución de la fiebre. Si el estómago no puede soportar este régimen, después de una buena prueba, dense algunos ligeros farináceos, ó más bien leche peptonizada. Yo obligo siempre á mis pacientes á tomar la mayor cantidad de agua posible, durante todo el curso de la enfermedad; es un alimento que evita al mismo tiempo el rápido desgaste de los tejidos producido por la fiebre. La sandía es un excelente refrescante, sin ningún peligro, que viene á llenar un hueco en el régimen dietético de la fiebre tifoidea.

Este tratamiento de la fiebre por el mercurio obvia los baños. Sin embargo, cuando sea conveniente, si la temperatura es superior á 102°5 (F.), pueden usarse los baños fríos graduados, como un adjuvante del tratamiento. De hecho el frío obra sobre los gérmenes, impidiendo su desarrollo. Fuera de esto, en el primer estado de la fiebre, cuando apenas empieza á obrar el mercurio sobre el bacilo, con objeto de impedir en lo posible la acción de la alta temperatura sobre los tejidos, uso el baño frío graduado ó el baño de esponja con agua y alcohol, partes iguales, en la mañana y en la noche, durante una semana. Estos baños, que son siempre agradables para el enfermo, producen un gran beneficio, mejorando saludablemente el sistema.

Yo he tenido, á pesar de esto, algunos casos de fiebre tifoidea, todos so-

metidos al tratamiento mercurial, á los cuales no se les dió ningún baño, sin un solo caso de mortalidad.

Como resultados de este tratamiento he observado:

1. En todos los casos de fiebre tifoidea, el mercurio es perfectamente bien soportado por el organismo; necesitándose una cantidad mayor de mercurio que en cualquiera otra circunstancia para producir la inflamación de las encías.

2. En la administración de la masa azul, á proporción que el organismo se impregna de mercurio, el bacilo es destruído, al grado de perder este bacilo por completo su actividad, cuando se presenta la inflamación de las encías, indicio seguro de que el organismo está completamente impregnado del medicamento.

3. Con el uso del mercurio, el estado de la sangre se mejora sobremanera; el mercurio conserva los glóbulos rojos é impide, por consecuencia, que el organismo caiga en ese estado de anemia grave tan común á esta enfermedad, sometida ó no á otro tratamiento.

4. El paciente puede empezar á tomar alimentos sólidos, tan luego como la temperatura vuelve al estado normal, sin temor de recaída. Atribuyo esto á las saludables condiciones de la sangre, debidas á la acción del mercurio.

5. Pocos días después de haber empezado á administrar el mercurio, la lengua adquiere gradualmente su humedad habitual; el aliento pierde poco á poco su fetidez, indicando una mejoría en el estado del estómago; al mismo tiempo renace el apetito. Las heces pierden también gradualmente su mal olor. En ningún caso persistió la sequedad de la lengua, tres ó cuatro días después de instituído el tratamiento.

6. La temperatura jamás desciende abajo de la normal al decaer la fiebre. Este resultado lo atribuyo á dos causas: A. Dominamos la enfermedad antes que el estado físico del enfermo decaiga demasiado; y B. El mercurio preserva y aumenta los glóbulos rojos de la sangre, manteniendo así el estado físico del enfermo.

7. Es innecesario, imperdonable y nada científico excitar la salivación en un paciente sometido al tratamiento mercurial durante la fiebre tifoidea, siendo sumamente ligeros los trastornos que se originan en la economía por el uso del mercurio hasta producir la inflamación de las encías.»

Inserta en seguida el Dr. Hackett cuatro tablas de temperatura de casos de fiebre tifoidea, recientemente sometidos al tratamiento mercurial. Llama la atención acerca de que en todos ellos la duración total de la enfermedad ha sido de tres semanas, siendo la última de convalecencia, y termina solicitando la cooperación de sus consocios para la vulgarización y perfeccionamiento de su método, dada la importancia del sujeto sobre que versa.

(Medical Record.)

***

Hemos insertado la traducción que se sirvió ofrecernos el joven Oviedo, porque el punto abordado es, en efecto, de sumo interés, y sería conveniente ensayar el tratamiento propuesto por el Dr. Hackett en una enfermedad cuyo tratamiento *específico* no se ha encontrado verdaderamente.

La acción sobre el bacilo de la tifoidea, que desearíamos ver comprobado bacteriológicamente, de una hidrargirización del organismo, pudiera por analogía declararse efectiva, pues bien conocida es la acción del calomel sobre ciertos procesos infecciosos, y esta reflexión nos induce á recomendar á nues-

tros lectores ese método, esperando nos sean comunicados los resultados clínicos obtenidos, para poder en vista de ellos aquilatar el verdadero valor terapéutico del nuevo agente propuesto para dominar esa grave enfermedad.

México, Octubre 27 de 1604.

DR. E. L. A.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA PRACTICA GINECOLOGICA

Y LOS TRATAMIENTOS ALCALOIDICOS DOSIMETRICOS.

En los números anteriores hemos insertado un extracto de los artículos que ha publicado en el periódico *La Dosimetrie* nuestro amigo y bien conocido terapeuta el Dr. Monin, por cuya razón creemos debido seguir dando á conocer la continuación de esos artículos, que formarán, sin duda alguna, una serie ordenada y armónica en que al final se pueda ver la unidad terapéutica, que forma la base del método preconizado por los convencidos defensores de la Terapéutica alcalóidica y dosimétrica.

En el trabajo del cual vamos hoy á dar una idea á nuestros lectores, el autor examina el tratamiento más adecuado de la *amenorrea*, ó sea la ausencia de las reglas durante el período de actividad sexual de la mujer, que no siempre constituye una enfermedad, pero que puede ser origen de perturbaciones patológicas de mayor ó menor entidad.

Desde luego distingue lo que pudiera llamarse *amenorrea fisiológica* ó sea la supresión menstrual durante la gestación y el curso de la lactancia, incluyendo la diminución del escurrimiento que no se acompaña de fenómenos congestivos y dolorosos que justifiquen la intervención terapéutica. En esta sección incluye asimismo la llegada tardía del flujo catamenial al principio de su aparición y sus irregularidades características al fin del período genital, cuya desaparición ocasiona, casi normalmente, grandes oscilaciones en este sentido.

La amenorrea patológica es la única que considera en su disertación, procurando discutir la patogenia, la sintomatología, las complicaciones que por lo común ofrece, para indicar en seguida la medicación racional y justificada y puntualizar los agentes que deben constituirla.

Comienza asentando con razón que el fenómeno catamenal es una función importante que exige el concurso de las principales fuentes de la vida para producirse, un reflejo típico en el cual el punto de partida encuéntrase en los genitales internos, pero que influye sobre el sistema nervioso para que éste á su vez, obrando sobre el sistema circulatorio, cierre el círculo del fenómeno reflejo. Por eso es que para el perfecto estado de la mentruación es preciso que los tres aparatos: genital, nervioso y circulatorio, funcionen fisiológicamente, puesto que cualquiera perturbación de uno de ellos entraña el des-

equilibrio del fenómeno resultante. Una enfermedad verdadera es entonces el corolario, desvíase el funcionamiento regular del organismo y aparece la amenorrea.

Respecto del aparato genital, compréndese que es preciso que el aparato en que se verifica la función esté constituído normalmente; la ausencia de uno de sus elementos originarán la amenorrea. Sea congénita, sea producida por una intervención operatoria, ó sea por alteraciones anatomo-patológicas, la amenorrea causada será totalmente incurable, como á primera vista se comprende. Para ellas, por consiguiente, no hay terapéutica posible.

Varias son las causas que la producen, debiendo clasificarse como principales las siguientes: una excitación de los órganos genitales, sobre todo en el momento de las reglas, es bastante para interrumpirlas; el abuso del coito produce este resultado, siendo esta amenorrea la que al principio del matrimonio hace con frecuencia suponer un embarazo que no existe. La ingestión de bebidas heladas, los baños de pies fríos y en general cualquier enfriamiento brusco; los viajes, los ejercicios violentos y el baile, los golpes y las conmociones producidas por cualquier traumatismo. Un trabajo excesivo y al mismo tiempo las emociones violentas y depresivas, como la cólera, el terror, los pesares y las enfermedades traumáticas del sistema nervioso, producen también la amenorrea. Con frecuencia observamos que un deseo vivísimo y sostenido de tener un embarazo, ó al contrario, el temor del mismo, hacen el mismo efecto en las mujeres impresionables. Los embarazos repetidos, por la torpeza funcional que ocasiona la subinvolución uterina y su congestión pasiva, dan el mismo efecto. Las flexiones uterinas, los tumores del ovario de marcha rápida, los fibromas y los cánceres de la matriz dan una amenorrea incurable por la alteración de uno de los factores indispensables de esta importante función de la mujer. Contribuyen también á determinar la amenorrea los parásitos intestinales, el bocio exoftálmico ó enfermedad de Basedow, la histeria, la neurastenia, la parálisis general, las enfermedades mentales y las acciones reflejas que obran sobre el nervio gran simpático, producen asimismo este trastorno de la menstruación. Es de suponerse que la amenorrea en semejantes casos siga las peregrinaciones y fases de la causa ocasional. Las perturbaciones circulatorias sólo producen la supresión del período si la cantidad y calidad de la sangre son menores que la normal. En la clorosis, en la anemia y en la leucemia, la desaparición de las reglas indica una agravación de la enfermedad, y una mejoría marcada el retorno de ellas. Las hemorragias, las sangrías ó pérdidas de sangre copiosas y los purgantes drásticos producen el mismo efecto, tanto por la diminución de la cantidad de sangre como por la debilidad y postración del sistema nervioso que esta substracción de sangre origina. La amenorrea que sobreviene en las enfermedades cardíacas es un síntoma muy grave, pues sólo aparece cuando el organismo se encuentra en condiciones desastrosas y próximo á sucumbir.

Todas las enfermedades crónicas que debilitan el organismo disminuyendo el poder reaccional del sistema nervioso, traen consigo la desaparición del período menstrual, precedida siempre por irregularidades en la duración y en la cantidad del flujo. Esta supresión indica siempre la agravación de la enfermedad, como en el caso anterior. Por esta razón debe tenerse como un indicador de gravedad en la anemia, en la tuberculosis, en el mal de Bright, en la leucocitemia, en la diabetes, en la sífilis, como lo ha indicado Fournier, observándola en el período secundario, aunque por lo común esta terrible diá-

tesis no afecte de una manera sensible esta función. Cuando la sífilis se presenta con manifestaciones graves, en la llamada *forma visceral* por el mismo autor, la menstruación sufre trastornos: se hace irregular primero y en seguida, después de suspensiones temporales y más ó menos prolongadas, desaparece definitivamente. En una palabra, la amenorrea es la regla en todas las caquexias, sea cual fuere la causa de ella: cáncer, paludismo, intoxicación crónica saturnina, alcohólica, morfínica ó mercurial. En las convalecencias, por lo regular se suspende asimismo la menstruación, pero de una manera transitoria, apareciendo de nuevo tan luego como mejora el estado del organismo al reparar las pérdidas sufridas durante la pirexia ó enfermedad causante del debilitamiento orgánico.

También influyen, continúa diciendo en su metódica lección el Dr. Monin, la vida sedentaria y la falta de higiene ó la higiene mal comprendida. Por eso se observa la amenorrea en las jóvenes que bruscamente pasan de una vida activa á un reposo relativo, por ejemplo, de la vida del campo á la vida de colegio ó monasterio, ó á la domesticidad, como sucede con las campesinas que llegan á los grandes centros de población como servidumbre.

El diagnóstico de la causa ocasional de la amenorrea es, como se comprende, de una importancia capital para la imposición del tratamiento verdaderamente adecuado y rigurosamente científico, siendo por fortuna bien fácil la investigación de esa etiología sobre la cual también podrá fundarse un pronóstico justificado. La gestación que en determinados casos se procura disimular y que á menudo también se niega obstinadamente para obtener del médico un tratamiento encaminado á procurar el aborto, es fácilmente presumible si el facultativo, siempre sobre aviso, busca los signos de certidumbre, si ya es tiempo de encontrarlos, ó los de probabilidad, cuando menos, en cuyo caso establecerá una terapéutica inofensiva y prudente hasta el momento en que pueda tener certidumbre del verdadero estado de la paciente.

Hay también otro caso en el cual es preciso que el médico fije toda su atención, y es aquel en que se trate de una simple retención menstrual; pero en este caso la sintomatología característica de una simple retención podrá hacer que se establezca el diagnóstico diferencial. Este caso es, en verdad, uno de los pocos en que puede vacilarse.

La obesidad es también una causa de amenorrea, y es este un hecho tan común, que, sin duda alguna, no ha pasado desapercibido para ningún práctico. El que este artículo extracta, lo mismo que el Dr. Monin, ha observado este hecho repetidas ocasiones, convenciéndose de que toda medicación es absolutamente ineficaz si forman su base los emenagogos. Para obtener algún resultado, es preciso antes modificar el funcionalismo especial del organismo, que da por resultado la producción anormal de la grasa. En un caso reciente, el que habla solamente obtuvo la curación de la amenorrea en una señora excesivamente obesa, después de haber logrado, por un tratamiento adecuado, reducir el tejido adiposo. Este debe ser el camino adoptado en los casos de este género, si el tratamiento es, como debe ser, causal y no puramente sintomático y eventual.

Con alguna relativa frecuencia se observan en las personas amenorréicas las hemorragias llamadas *suplementarias*, las cuales se verifican por diferentes lugares, órganos y aparatos. El aparato respiratorio, el digestivo y aun el urinario son á menudo el sitio por el cual se verifican estas hemorragias supletorias, sin que en ningún caso se observe trastorno serio en la paciente; es

pura y simplemente entonces una desviación de las reglas. Las epistaxis son en estos casos bastante frecuentes; y si el subscrito se atreviese á tomar como base los casos observados en su práctica únicamente, afirmaría que «en los casos de desviación de la menstruación, las hemorragias nasales son las más frecuentes.» En los autores se encuentran citados casos raros en que la sangre ha surgido por sitios extraños como el ombligo, el pezón, la axila, el muñón de un miembro amputado, una herida cualquiera ó la extremidad de los dedos. También se ha observado el aumento de una secreción cualquiera, como la salivar, la intestinal, la vaginal (leucorrea), ó la mamaria en las mujeres que están lactando.

Puede también presentarse á nuestra observación el caso en el que la amenorrea sea debida á una mala conformación de los órganos genitales externos ó internos; pero entonces, además del examen directo de la región que eliminará todas las dudas, la atención del médico será despertada y su diagnóstico bien encarrilado, observando la conformación especial que presentan las jóvenes que padecen esta clase de amenorrea: formas infantiles, pelvis estrecha, senos poco desarrollados.

La clorosis, las anemias, la escrófula y la tuberculosis son asimismo causa frecuente de amenorrea, sobre todo en las jóvenes de las grandes ciudades y que tienen ó han tenido una vida sedentaria.

La histeria suele producirla; pero esta causa se encontrará sin gran esfuerzo por los síntomas que caracterizan esta neurosis. Como ya se dijo, una afección de cualquiera de los elementos ó partes constituyentes del aparato genital interno (flexiones, fibromas, quistes, inflamaciones del ovario, salpingitis, etc., etc.) modifica la función menstrual.

Es preciso asimismo no olvidar la amenorrea precursora de la menopausa, que se acompaña de otros fenómenos característicos, como la dispnea, las palpitaciones, las ráfagas de calor en el semblante, las lipotimias y las neurosis que ordinariamente acompañan el período de la menopausa. En estos casos, no obstante, el reconocimiento directo y minucioso se impone, pues es bien conocida la frecuencia con que en este período de la menopausa surgen las afecciones ginecológicas en la mujer.

Después de este rápido examen de la etiología de la amenorrea, pasa el Dr. Monin á tratar de la medicación adecuada en cada caso especial, haciéndolo con su habitual competencia. La extensión, sin embargo, que hemos dado á este extracto de la primera parte de su lección sobre la amenorrea y su tratamiento, nos hace dejar la parte más interesante para el próximo número, para no fatigar la atención de nuestros benévolos lectores.

México, Noviembre de 1904.

(Continuará).

DR. A. L. ABOGADO.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Tratamiento abortivo de la blenorragia aguda.—*(Münchener Medizinische Wochenschrift.)*—Llama la atención el Dr. Bettman sobre las ventajas del tratamiento abortivo en la blenorragia incipiente. Como es bien sabido, el gonococo penetra paulatinamente en las partes profundas del epitelio, de aquí la necesidad de una medicina que, aparte de sus propiedades bactericidas, produzca una trasudación capaz de arrojar el *cocci* á la superficie de la mucosa. Con excelentes resultados, el Dr. Bettman ha usado una solución de protargol en glicerina y agua en las siguientes proporciones: 10 gramos de protargol se disuelven en 45 c.c. de agua caliente, procurando no mover la vasija, y añadiendo glicerina hasta completar 100 c.c.

Los efectos que se obtienen con esta solución son inmejorables, aplicándola en el interior de la uretra con una brochita especial, una vez al día ó una cada tercer día, hasta completar seis ú ocho aplicaciones. Estas aplicaciones son poco molestas para el enfermo, si bien durante algunos días se presentará una abundante secreción muco-purulenta, al cabo de los cuales el gonococo desaparece. De 42 casos, 20 fueron positivos, 7 dudosos y 15 negativos. En estos últimos, en que la secreción conteniendo el cocci persistió, no se presentaron, sin embargo, complicaciones de ninguna especie, ni aun uretritis posterior.

Objeciones contra el cloroformo.—*(Webstern Medical Review*, Lincoln.)—Refiere el Dr. W. C. Henry un caso desgraciado producido por el cloroformo al finalizar una operación uterina. Hace una revista de las opiniones emitidas á propósito de este sujeto, y concluye que el cloroformo es un peligroso anestésico, mucho más que el éter. Salvo en los casos de trastornos pulmonares y del riñón, jamás deberá usarse el cloroformo en lugar del éter, estando igualmente contraindicada la mixtura de Alcohol, Cloroformo y Eter.

Dice por último el Dr. Henry que todos los hospitales deberían estar provistos de peróxido de ázoe, para las cortas operaciones ó para preceder la aplicación del éter, administrando este último por el método de gotas.

Anestesia primaria del éter.—*(Northwesthern Lancet*, Minneapolis.)—Encarece el Dr. Brown el uso del éter para las operaciones en los niños, provocando únicamente la anestesia primaria, y ayudándola, si en algunos casos fuere preciso, con aplicaciones de cocaina al 20 por ciento. Administra el éter por el método común de gotas, y con la máscara, usada para cloroformar. En 21 casos de niños operados casi todos de la nariz ó la garganta, los resultados han sido excelentes. Los niños aspiran el éter sin repugnancia; respiran profundamente con la boca abierta, y en ningún caso hubo vómitos ni hemorra-

gias indebidas. Termina el Dr. Brown considerando, por todo lo antedicho, el método de la anestesia primaria del éter como el más agradable, seguro y efectivo.

México, Octubre de 1904.

A. OVIEDO.

Opoterapia hepática.—*(Por el Dr. Jules Regnault.)*—El Dr. Hirtz, en una sesión de la Sociedad de Terapéutica, comunicó dos casos de cirrosis del hígado, casi curados por la opoterapia. Con este motivo el autor hace una observación personal, resumida así:

«Ya he hecho notar los resultados excelentes que obtienen los médicos chinos en el tratamiento de ciertas afecciones hepáticas, usando la bilis de toro y el jugo orgánico del hígado de puerco. Yo mismo he obtenido buenos resultados con tratamiento análogo en diversos casos de congestión del hígado; pero hasta hace un año empleé la opoterapia en un caso de cirrosis hepática con esplenomegalia.

M. G., de 35 años, conductor de tranvías. Le ví por primera vez el 26 de Octubre de 1903, y hacía diez y ocho meses que estaba enfermo. Comenzó con dolores en las regiones hepática y esplénica; se había enflaquecido bastante; después había presentado síntomas de anemia, edema de los miembros inferiores, con dolores articulares y ascitis. En sus antecedentes se halla una disentería, cuando hizo su servicio militar en las colonias, y el abuso de bebidas alcohólicas. En el curso de su enfermedad ha recurrido á diversos remedios, como el salicilato de sosa, yoduro potásico, diuréticos, laxantes, régimer lácteo, etc., sin ningún buen resultado.

En el momento de mi primer examen, el hígado estaba hipertrofiado y doloroso, el bazo muy voluminoso y doloroso también, los pies y las piernas con edema, las articulaciones de la rodilla y del cuello del pie, ligeramente hinchadas, siendo sus movimientos muy dolorosos. El enfermo con mucho trabajo sube á su cama. Tiene el vientre meteorizado y hay ascitis, sin que la circulación abdominal colateral sea aparente. Las evacuaciones son poco coloridas, la orina muy abundante, muy obscura, pero no contiene ni azúcar ni albúmina. El tinte del enfermo es ligeramente subictérico, y no hay lesión cardiaca. Prescribí: Bilis de toro al fuego, hasta que tome consistencia de jarabe, 20 gramos; polvos de ruibarbo y de quina, partes iguales, y C.b. para hacer cuarenta píldoras, de las cuales tomará cuatro diarias. Régimen diario: Hígado de ternera, puerco ó carnero, crudo ó ligeramente asado, 150 gramos; bazo de puerco ó carnero, crudo y hecho papilla, 50 gramos; leche 2 ó 3 litros.

El 2 de Noviembre, después de siete días de este tratamiento, el enfermo se siente mejor; las piernas están menos edematizadas, las articulaciones flojas, la ascitis disminuída considerablemente, al grado que el pantalón puede abrocharse bien, mientras que antes quedaba abierto como cinco centímetros en la cintura. El enfermo no come ya la pulpa de bazo, porque le provoca náuseas; toma sólo dos píldoras de bilis y 100 gramos de hígado, y ha comenzado á comer huevos.

Ocho días más tarde la mejoría se había acentuado más; tres semanas después el enfermo pudo abandonar su régimen especial, y, después de algunos días de reposo, toma algunas píldoras de bilis. Los edemas, la ascitis y los dolores han desaparecido completamente; el hígado y el bazo han disminuído de

volumen; hay excelente apetito, el enfermo comienza á engordar y ya pudo volver á desempeñar sus funciones de conductor.

La mejoría se ha mantenido; he vuelto á ver á M. G. algunas veces, y últimamente el hígado y el bazo han disminuído de volumen, sin llegar aún al normal. El estado general es excelente. El tratamiento al que he recurrido produjo, si no la curación de las lesiones orgánicas, imposible, cuando menos una gran mejoría, que para el enfermo equivale momentáneamente á la curación y que, por su duración, debe animar á los médicos á usar en estos casos la opoterapia hepática.»

Vacuna á la luz roja.—Goldman ha vacunado cuarenta niños en una cámara obscura fotográfica alumbrada por una lámpara de luz roja, usando linfa de ternera. Cubrió con bandas rojas gruesas la región vacunada, y como consecuencia de este *modus faciendi* notó que ningún niño tuvo adenitis axilar ni reacción inflamatoria en las pústulas, y que éstas presentaban un aspecto enteramente normal.

La toracentesis con introducción de aire esterilizado.—*(Por A. Pisani.)*—El autor cree que la toracentesis, como se practica generalmente, no da muy buenos resultados y no es racional; es partidario del método preconizado por Torlanini en 1902. Este método difiere de los otros en que se extrae completamente el exudado y se elimina progresivamente la cavidad pleural. Esta cavidad, virtual en condiciones fisiológicas, se hace real después de la extracción de derrames, sobre todo si éstos son abundantes, si han durado mucho tiempo y dado lugar á la retracción del pulmón, que entonces tiene tendencia á recobrar, *de un modo muy lento*, su volumen ordinario. Estas condiciones son favorables, por consiguiente, á una nueva y rápida formación de exudados, y se oponen al funcionamiento normal del pulmón.

Con la toracentesis neumática se vacía completamente la cavidad pleural, y, por medio de aire esterilizado que se introduce, se impide la inmediata efusión de líquidos. Después el aire inyectado es reabsorbido, entretanto que, por medio del aire comprimido, se hace la dilatación gradual del pulmón, que recobra su función normal.

El autor ha tratado varios casos con buenos resultados. En uno de ellos, por ejemplo, se trataba de una niña de nueve años, que hacía algunos meses sufría una pleuresía serosa muy grave. En este caso el líquido no se reprodujo; el corazón, muy desalojado, recobró su sitio normal, y el pulmón recobró sus funciones.

Es recomendable este método.

Tratamiento de los abscesos pulmonares y exploración pulmonar.—G. Gavazzani opina que en las enfermedades pulmonares, tan difíciles muchas veces de diagnosticar, se debería recurrir á la exploración directa del pulmón. El método propuesto por Tuffier para la exploración del pulmón, que consiste en respetar la pleura parietal resecando las paredes toráxicas, no siempre es posible, y el neumo-tórax consecutivo expone á complicaciones muy serias.

El autor ha obtenido un buen resultado en un caso de absceso por el pro-

cedimiento siguiente: Después de examen minucioso del pulmón á descubierto, sutura en la herida un colgajo de pulmón, extrae completamente el aire con una bomba aspirante y cierra herméticamente la herida. Propone recurrir á este método, empleado después por Delagenière en el tratamiento de las afecciones pulmonares justificables de intervención quirúrgica.

Este procedimiento es preferible al muy complicado propuesto por Mikulicz y Sarerbruch, y que consiste en operar en una sala cerrada y bajo presión atmosférica negativa. El autor cree, en fin, que se pueda muy bien intervenir en el curso de la exploración de la herida, si se tiene cuidado de llenar los vacíos por medio de la solución normal fisiológica ó con substancias indiferentes que reabsorbiéndose lentamente, permitan una adaptación fisiológica entre el continente y el contenido.

El cinamato sódico en la tuberculosis.—*(El Mes Médico.)*—El médico ruso Kressin ha empleado las inyecciones de cinamato sódico en 27 casos de tuberculosis pulmonar, en grados diversos, como es de suponer. Empleaba una solución de cinamato al 2½ por ciento perfectamente esterilizada, é inyectaba un centímetro cúbico todos los días. Por lo general la reacción local fué casi nula; los resultados fueron variables, según la extensión de la enfermedad y la gravedad del caso. Por regla general, todos los enfermos mejoraron notablemente. En los casos en que la enfermedad estaba localizada en uno ó los dos vértices pulmonares y de marcha tórpida, los resultados fueron satisfactoriamente concluyentes; en los casos de lesiones pulmonares extensas, los resultados fueron menos francos y más tardíos; en los casos de tuberculosis avanzada, las inyecciones tan sólo prolongaron la enfermedad, y en los de tuberculosis miliar fracasó el medicamento.

Después de las primeras inyecciones, la temperatura se elevaba de 0°2 á 1°5; al cabo de una semana descendía progresivamente hasta la normal. En los casos graves el medicamento no tenía ninguna influencia sobre la temperatura. La tos disminuía, y en los casos poco avanzados desaparecía por completo; la expectoración se hacía menos abundante, mucosa, y contenía menos bacillus; los signos de auscultación mejoraban; los dolores torácicos disminuían y desaparecían; los sudores nocturnos cesaban; el apetito y el sueño mejoraban y el peso del cuerpo aumentaba. Todo esto faltó en los casos graves.

DR. EDUARDO FRITSCH.

SECCION XXIX.

EL RADIUM

PRIMERA PARTE.

Descubrimiento.—Propiedades.—Caracteres físicos y químicos.—Teorías.

(Trabajo reglamentario leído ante la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» en las sesiones del día 17 de Junio y del día 1° de Julio de 1904.)

(CONTINÚA.)

B. *Coloración de los cuerpos por la acción de los rayos del radium.*—La coloración de las substancias fosforescentes sometidas bastante á la acción del

radium, cambia y varía con su modificación química. El vidrio se colora en violeta, en gris ó en negro; las sales alcalinas colóranse en amarillo, verde ó azul; el topacio incoloro se hace anaranjado, etc., etc. El vidrio manchado ó colorido por el *radium*, vuelve á su estado primitivo, calentándolo á 500°; pero —fenómeno también curioso—esta decoloración se acompaña de emisión de luz: la luz que ha producido su coloración anormal ú opacidad aparece de nuevo, es devuelta, por decirlo así, al volver el cristal á su estado molecular primitivo. La fluorescencia producida por el *radium*, probablemente causa transformaciones físicas ó químicas de estas substancias.

C. *Efectos químicos y fotográficos*—Las sales de *radium* ejercen acción química con su radiación: transforman el fósforo blanco en rojo; amarillean y hacen frágil y quebradizo el papel, ozonizan el aire, etc. Los efectos fotográficos son marcados: las radiografías obtenidas por los rayos X, con mayor facilidad y gasto mucho menor, aunque con mayor tiempo si la cantidad de sal es muy pequeña, pueden obtenerse con las sales del *radium*. Para tenerlas perfectas, sin embargo, deben usarse los rayos *Beta* y *Gamma;* pero, si es posible, los rayos *Gamma* únicamente. Para absorber los rayos *Beta*, debe emplearse un electro-imán, entre cuyos polos se coloca la ampolleta que contiene el *radium*. Colocando una ámpula con algunos centigramos de *radium* á un metro de la placa sensible, puede obtenerse una radiografía con un día entero de exposición. A 20 centímetros se obtiene el mismo resultado en una hora.

D. *Acción ionizante de los rayos del radium.*—El aire que atraviesa estos rayos se hace conductor de la electricidad, lo cual se comprueba aproximando algunos decigramos á un electroscopio cargado: su descarga es inmediata. Con un aparato inventado por Mr. Curie se demuestra esto con más evidencia. Sábese que en un gas ionizado, es decir, cargado de *Ions*, ó sean centros cargados de electricidad, la conductibilidad aumenta á medida que los *Ions* son más numerosos, los cuales aumentan, como es natural, con la actividad de la substancia radio-activa. Por esta causa ningún aparato eléctrico puede estar bien aislado en el laboratorio en que hay sales de *radium*.

E. Las sales de *radium* pueden emplearse en el estudio de la electricidad atmosférica por medio de un aparatito curioso pero que no nos interesa demasiado. El principio es hacer por medio de una sal de *radium* buen conductor al aire que rodea una varilla, para que ésta tome su mismo potencial, cuya medida se obtiene por el electrómetro.

F. *Acción de la temperatura sobre la radiación.*—Sea que el *radium* se encuentre á la temperatura ambiente, sea que se le someta á la que da el aire líquido (la más baja conocida, pues alcanza á 180° bajo cero), su radiación persiste inalterable. Los efectos de radio-actividad inducida tampoco sufren la menor alteración.

G. *Efectos fisiológicos.*—Estos fenómenos, mucho más directamente interesantes para nosotros, son los que, también con la brevedad posible, voy á enumerar. Su acción sobre la piel es evidentísima; cuando una sal de *radium* se aplica, encerrada en una cápsula de celuloide, sobre cualquiera parte del cuerpo, ninguna sensación se experimenta; pero 15 ó 20 días después aparece una mancha roja y en seguida una escara, produciéndose allí, si la acción del *radium* ha sido prolongada, una ulceración que tarda varios meses en cicatrizar. Mr. Curie aplicó en su brazo una sal poco activa durante 10 horas la cual le produjo desde luego enrojecimiento de la piel y en seguida una llaga cuya curación fué penosa y lenta durante cuatro meses y que dejó una cica-

triz marcada y deforme. En otra experiencia del mismo género, sólo media hora se aplicó una sal de *radium* sobre la piel: quince días después apareció la quemadura, formando una ámpula que empleó otras dos semanas en curar. Otro experimentador hízose una aplicación de ocho minutos solamente, y, aunque sin consecuencias, apareció tiempo después la mancha roja.

Como se ve, las lesiones sobre la piel son análogas á las que producen los rayos de Rœntgen ó los de la luz ultra-violeta. Como veremos después en la segunda parte de mi trabajo, por estos antecedentes dedújose que la actividad del *radium* ejercía probablemente alguna acción sobre las lesiones de la piel de mayor ó menor importancia.

Un gran número de clínicos, en París, en Londres, en Alemania y en los Estados Unidos, han hecho recientemente un gran número de experiencias, con resultados halagadores y casi uniformemente comprobados. Pronto veremos el estado actual de la cuestión, según se desprende de los hechos que por doquiera se encuentran esparcidos en la literatura médica contemporánea. Mr. Giesel ha demostrado que los rayos del *radium* obran sobre el ojo. Cuando una de sus sales se acerca al ojo cerrado ó á la región temporal, percibe el sujeto la sensación de la luz. Los Sres. Himstedt y Nagel han demostrado que los medios del ojo se vuelven fosforescentes. Al observar un ojo que ha sido sometido á esta experiencia, nótase que la luz emana del ojo mismo. Los ciegos perciben la luz del *radium*, si su retina está intacta; no siendo así cuando la lesión causante de la amaurosis es retiniana. Mr. Danysz, del Instituto Pasteur, ha estudiado la acción de estos rayos sobre el cerebro y la médula, que es muy enérgica, pues si se coloca una ampolletita con *radium*, durante una hora, sobre la columna vertebral de un ratón, á los pocos días el animal queda paralítico y muere. Lo mismo pasa si en un conejo se aplica la radiación sobre el cerebro. Mr. Bohn ha demostrado que los tejidos de los animales en vía de desarrollo se modifican.

La acción microbicida de las sales del *radium* era de sospecharse, dados sus efectos necrobióticos, por decirlo así, que hemos apuntado. Los Sres. Aschkinnas y Caspari emprendieron este género de investigación, y de sus observaciones deducen que toda clase de bacterias se encuentran detenidas en su desarrollo por la acción del *radium*. Las colonias no prosperan, y algunas, como las del carbón, son aniquiladas. Si este efecto destructor se confirmase, concíbese desde luego que los beneficios obtenidos por la terapéutica serían evidentemente considerables.

Como puntos de menor importancia para nosotros, pero dignos de mencionarse, porque demuestran la uniformidad de la acción radio-activa de este cuerpo, debo señalar la que ejerce sobre la germinación de los granos. Mr. Maout ha comprobado que dejando algunas semillas bajo la influencia de los rayos que estudiamos, es aniquilada su facultad de germinación. De las semillas testigos que no se sujetan á dicha influencia, germinan y se desarrollan normalmente ocho sobre diez; de las que se han expuesto á ella, ninguna absolutamente pudo germinar. La experiencia, como se ve, ha sido del todo concluyente. ¿Cuáles sean las modificaciones celulares ó atómicas que se determinan por el *radium?* No lo sabemos, pero su existencia es un hecho fuera de toda duda.

Radio-actividad inducida y la emanación del radium.

A. *Activación.*—Fenómeno tan extraño como todos los que ofrece este maravilloso cuerpo, es el que se observa en todos los sólidos líquidos ó gaseosos colocados cerca del *radium:* todos ellos vuélvense radio-activos y emiten rayos Becquerel. Es la radio-actividad inducida, que se propaga en los gases de molécula á molécula próxima. Este fenómeno se intensifica si el cuerpo se encierra en un receptáculo con una sal de *radium* ó con éste, aumentándose, según Rutherford, cuando el potencial eléctrico negativo del cuerpo aumenta. Un número indeterminado de substancias puede estudiarse á la vez, encerrándolas en una posición cualquiera y en un receptáculo cerrado juntamente con el *radium:* todos se vuelven radio-activos, siendo condición precisa que estas substancias se encuentren en relación directa con el *radium,* ó teniendo por intermediario un gas. La naturaleza de éste, su presión y su posición respectiva, no influyen sobre el fenómeno de emisión de rayos Becquerel.

B. *La emanación del radium.*—Rutherford supone que el *radium* desprende un gas material radio-activo que se mezcla á los que lo circundan y obra de un modo especial sobre la superficie de los cuerpos sólidos. Cuando ese gas se encierra en otro receptáculo, conserva su radio-actividad y puede á su vez transmitirla á los sólidos que se le presentan, pero esta actividad desaparece espontáneamente. En cuatro días disminuye la mitad.

La emanación se condensa en el gas encerrado en unà ámpula de vidrio, cuando en ella se encuentra un líquido. Esta emanación sufre una pérdida constante; pero como la producida por el *radium* es constante, llega un momento en que se equilibra y es uniforme.

C *Desaparición de la radio-actividad inducida de un receptáculo cerrado.*—Demuéstrase esto recogiendo la emanación en un tubo ó probeta larga en cuyo fondo se ha puesto una solución de *radium:* cuando la emanación llena el resto del tubo, éste se divide por la mitad con ayuda del soplete, para dejar en él encerrada la emanación recogida. Del mismo modo que se determina la intensidad de radiación de las materias radio-activas, determínase la actividad de este tubo, la cual va decreciendo conforme á una ley invariable y sean cuales fueren las condiciones de la experiencia. La radiación, como hemos dicho ya, desciende un 50 por ciento en cuatro días. Si después de activar un tubo se extrae el aire cargado de emanación, baja mucho más rápidamente y más pronto desaparece la radiación.

D. *Desaparición de la radio-actividad inducida por el radium sobre los cuerpos sólidos.*—Substraído ya á la acción activante de la emanación un cuerpo sólido, comienza desde luego á desactivarse según una ley complexa esponencial, bajando á la mitad durante cada período de media hora. La complicada fórmula que encierra esta ley no creemos necesario asentarla aquí. Hay cuerpos que en unos veinte minutos pierden la pequeña cantidad de emanación adquirida; pero otros, como el celuloide, el caucho, la parafina, etc., se impregnan lo suficiente de esa emanación, y su período de desactividad se prolonga por horas y días. Y cuando su permanencia ante la sal de *radium* ha sido muy prolongada, aunque su actividad es mil veces más débil que al principio, se manifiesta todavía al cabo de varios años.

E. *Actividad inducida de los líquidos.*—También éstos pueden hacerse radio-activos, aunque débilmente, pues la emanación parece disolverse en ellos, desapareciendo en breve plazo.

F. *Radiación de las sales del radium en solución.*—Colocando una de ellas en un tubo cerrado, al cabo de poco tiempo y en la obscuridad, se ve que es luminoso, siéndolo mucho más en la parte ocupada por el gas, que obra más intensamente sobre la pared del tubo. La solución emite pocos rayos y el tubo irradia activamente: la radio-actividad se encuentra exteriorizada y sólo es definitivamente estable y fija al cabo de un mes. Admítese hoy que la emanación producida por el *radium* y acumulada en él, se desprende con dificultad de la sal sólida para transformarse en radio-actividad inducida. Calentándola se provoca el desprendimiento, puesto que la sal, llevada á su temperatura primitiva, emite menos rayos, volviendo á adquirir su actividad por la constante emanación que produce y que se acumula en la misma sal bajo la forma de radio-actividad inducida.

Esto, señores, es, como todo lo que se refiere al *radium*, simplemente maravilloso. Efectos análogos se verifican en las soluciones que subdividen la materia de tal modo, que la emanación se desprende fácilmente de ella. Si se evapora, es primero poco activa la sal seca que se obtiene; pero, por un mecanismo idéntico, ésta vuelve á tomar poco á poco su actividad primordial.

Propiedades de la emanación del radium.

A. *Efectos de fosforescencia.*—Gran número de cuerpos vuélvense fosforescentes bajo la acción del *rádium*, sobre todo el vidrio de Turingia y el sulfuro de zinc de Sidot. No resisto el deseo de referiros la experiencia que lo demuestra. Tómase un recéptáculo con una solución de una sal de *radium*, en cuya parte superior se ha acumulado naturalmente la emanación. Este receptáculo, por sencillo mecanismo, pónese en comunicación con un gran tubo de cristal, cuya mitad interna se ha preparado con sulfuro de zinc. Haciendo en él el vacío, por medio de una llave pónese en comunicación éste y la ampolleta mencionada. En el momento en que la emanación pasa al amplio y gran tubo, éste se hace de tal modo fosforescente, que permite la lectura á 15 ó 20 centimetros de distancia.

B. *Difusión de la emanación.*—Como hemos dicho y sabemos ya, la emanación del *radium* es continua, esparciéndose y difundiéndose en los gases que lo rodean, y pasando de uno á otro recipiente aun por un tubo capilar. El estudio de esta difusión ó escape y salida de ella por los tubos capilares, ha permitido fijar el valor de su coeficiente. La velocidad del escurrimiento ó salida de la emanación es proporcional á la cantidad que de ella guarda el receptáculo, y varía con la sección del tubo y en razón inversa de su longitud. Este coeficiente en el aire es igual á 0.10 á 10° de temperatura, es decir, semejante al del ácido carbónico.

C. *La emanación del radium y la ley de Gay Lussac.*—Experiencias bastante sencillas y fáciles de repetir han comprobado que la emanación obedece á la ley de Gay Lussac sobre los gases, lo cual se demuestra aumentando la temperatura en uno de los dos vasos comunicantes.

D. *Condensación de la emanación.*—Un hecho fácilmente demostrable por un sencillo aparato que voy á describiros, es la condensación de la emanación que engendran las sales del *radium*. Este aparatito se reduce á tres ampolletas unidas entre sí por dos tubos que en su parte media tienen una llave para establecer la comunicación entre ellos ó independerlos. En la primera (*a*) se coloca una sal ó una solución de sal de *radium*; en las dos siguientes (*b* y *c*),

interiormente barnizadas con sulfuro de zinc, se hace el vacío. Este aparato, en la obscuridad, hace ver luminosa únicamente la parte primera, es decir, la ampolleta *a*; pero si abrimos la llave que la separa del recipiente *b*, aparece desde luego la hermosa fosforescencia del sulfuro. Abriendo, por último, la llave que separa la tercera de la segunda ampolleta, aparece el total de la emanación dividido entre los dos recipientes, y por eso un poco más débil que cuando sólo se encontraba aprisionado en uno solo. Si dejamos comunicadas ahora las tres ampolletas y sumergimos la última (*c*) en una probeta con aire líquido, se ve que desaparece toda la luminosidad de la primera y segunda, concentrándose en la que se encuentra bañada por el aire líquido. Cuando esto se ha verificado, ciérrese la llave que las comunica, y sacado del aire líquido el último recipiente, se verá que sólo éste continúa luminoso intensamente, es decir, que toda la emanación se ha acumulado y condensado en la parte sujeta al poderoso enfriamiento por el aire líquido.

E. *Destilación de la radio-actividad inducida.*—Al calentar una lámina de platino, pierde la mayor parte de su actividad; pero si al hacerlo se envuelve en otra lámina fría, ésta se activa, es decir, hay una especie de transporte ó destilación de la radio-actividad.

F. *Radio-actividad inducida sobre las substancias disueltas juntamente con las sales de radium.*—Una sal de *barium* disuelta en una solución de otra de *radium*, toma de ésta una radio-actividad que permite después sufrir distintas transformaciones químicas para extraerla de su vehículo, lo que demuestra que su radio-actividad es una propiedad atómica suficientemente estable. En una sal de *barium* activada, lo mismo que en las de *radium*, son las menos solubles las partes más activas. El cloruro de *barium* seco es luminoso espontáneamente, y su actividad puede llegar á ser mil veces mayor que la del *uranium*; pero esta actividad disminuye pronto, pues al cabo de tres semanas es tres veces menor que la inicial.

G. *Actividad inducida producida por otros agentes distintos de las substancias radio-activas.*—Mr. Villard ha logrado hacer radio-activo, aunque muy ligeramente, un fragmento de bismuto, colocándolo como anticátodo en un tubo de Crookes. La posibilidad de hacer radio-activos los cuerpos que no lo son, por medio de agentes físicos ya conocidos, para investigar la causa de la radio-actividad espontánea, es en la actualidad el objeto de un estudio interesante apenas iniciado.

H. *Presencia de la emanación en el aire y en los manantiales.*—M.M. Elster y Geitel han demostrado que el aire atmosférico conduce sensiblemente la electricidad y está ligeramente ionizado, encerrando en corta dosis una emanación análoga á la del *radium*, sobre todo en las montañas. Esto es más sensible en el aire de los sótanos y en el que se aspira por un tubo introducido en la tierra.

Del mismo modo se ha demostrado en los gases de ciertas aguas minerales, haciendo presumir esta circunstancia que las propiedades terapéuticas de ellas débense acaso á los principios radio-activos que encierran, pues el agua de mar ó ríos carecen de toda emanación. Si esto llegare á comprobarse, fácilmente se deduciría y comprendería el por qué no se obtienen, ó se obtienen muy débilmente, los efectos curativos de un manantial con sus aguas embotelladas y transportadas á distancia, ó con las sales químicamente extraídas del lugar de producción.

Los mismos experimentadores, Elster y Geitel, han procurado investigar

si el origen de la emanación en el aire existe en él mismo ó si le llega y la toma de otra fuente extraña. El problema fué resuelto ya. El origen de la emanación es evidentemente exterior al aire; es evidentemente tomado de la tierra.

Además de las experiencias hechas, hay un hecho muy significativo y del todo comprobado ya. El aire aspirado del suelo, así como las aguas termales, y, sobre todo, aquellas que acusan venir de una gran profundidad, son las más ricas en emanación, sucediendo lo mismo con el petróleo bruto y que no ha sido aún refinado por destilación. Lógico es, como dice M. Danne en su obra, deducir que estos líquidos han recogido la emanación que poseen de los cuerpos radio-activos que se encuentran en los terrenos que atraviesan. El *radium* probablemente se encuentra esparcido en distintas capas de nuestro planeta, siendo sus huellas las que comunican la radio-actividad á varias substancias disímbolas, como las arcillas de fango, en las cuales Elster y Geitel han comprobado los fenómenos presentados por el *radium*.

I. *Naturaleza de la emanación.*—Las propiedades rápidamente enumeradas en que la emanación del *radium* se presenta como un gas verdadero, han hecho que, de acuerdo con Rutherford, se haya considerado como tal por la mayor parte de los físicos en la actualidad, asemejándolo al *Argon*. La emanación obedece á las leyes de Mariotte y Gay Lussac; pero hay, sin embargo, dificultades de muy ardua explicación, aun admitiendo semejante hipótesis de un gas material radio-activo. Hay que decir, no obstante, que hasta el momento actual es la idea dominante.

J. *Desprendimiento de helium producido por las sales de radium.*—En los gases que encierra una ampolleta cerrada y conteniendo una sal de *radium*, los Sres. Ramsay y Soddy han señalado la presencia de *helium*, caracterizándolo por su espectro obtenido por medio de un tubo de Geissler. Los mismos experimentadores han estudiado el espectro propio de la emanación, acumulándola en un receptáculo por medio del aire líquido. Allí, en el espectro, han aparecido rayas nuevas, que han ido desapareciendo á medida que las del *helium* aparecían, haciéndose permanentes, por lo cual es dable suponer que el *helium* es uno de los productos de destrucción de la emanación y que ha sido creado por ella. En este caso, señores, fijemos la atención en ello, es posible y estamos presenciando la transmutación de dos cuerpos simples: el *radium* trocándose en *helium*. ¿Por qué esta metamorfosis?.... ¿Qué cambios moleculares ó por qué leyes de mecánica atómica se verifica un hecho tan asombroso é inexplicable?.... Nada sabemos aún, pero debemos esperar que no muy tarde llegue el momento en que la conquista de este nuevo misterio amplíe, fije y alumbre los horizontes que el descubrimiento del *radium* nos acaba de abrir.

Para terminar estos breves apuntamientos, este ligero extracto, sobre los fenómenos observados en el *radium*, voy á permitirme traducir un capítulo demasiado corto con que finaliza su obra Danne, preparador de Mr. Curie. Por interesante y breve, estoy seguro de que os será agradable su lectura. Dice así:

«NATURALEZA DE LOS FENÓMENOS PRODUCIDOS POR LAS SALES DEL RADIUM.

Desde el principio de sus investigaciones sobre la radio-actividad, Mr. y Mad. Curie se han preguntado si era esta una propiedad general de la materia. Hasta este momento no ha sido posible resolver esta cuestión. Mad. Curie ha

examinado un gran número de cuerpos, demostrando que todas esas múltiples substancias no poseen una actividad superior á la centésima parte de la actividad de la del *uranium*. Sin embargo, Mr. Colson ha demostrado que muchos cuerpos obran á la larga sobre las placas fotográficas, y algunos trabajos recientes parecen confirmar este hecho.

El rápido examen que acabamos de hacer de las propiedades de las sales de *radium*, demuestra que éstas, y generalizando más, todos los cuerpos radio-activos, constituyen fuentes de energía que se revelan bajo la forma de radiación de Becquerel, de producción continua de emanación, de energía eléctrica, química y luminosa, y de desprendimiento continuo de calor. Por otra parte, el *radium* parece conservar y sostener siempre sus mismas propiedades y no modificarse, hechos extraños que parecen en flagrante desacuerdo con los principios fundamentales de la energética.

Como tenemos todavía gran confianza en el principio de la conservación de la energía, la primera cuestión que surge es saber de dónde puede provenir esta energía. Por ello preguntámonos con frecuencia: ¿es creada en los mismos cuerpos radio-activos, ó bien la toman estos cuerpos de manantiales exteriores?.... Estas dos hipótesis han sido el punto de partida de otras muchas, entre las cuales señalaremos tan sólo las dos que en estos momentos parecen más satisfactorias y cuentan con mayor número de partidarios.

Es la primera hipótesis suponer que el *radium* es un elemento en vía de evolución, que sus átomos se transforman lentamente pero de una manera continua, y que la energía que nosotros percibimos es la energía, considerable sin duda alguna, puesta en juego para la transformación de los átomos, y el hecho de que el *radium* desprenda calor de una manera continua y permanente, aboga en favor de esta hipótesis. Esta transformación, sin embargo, debería acompañarse de una pérdida de peso, debida á la constante emisión de partículas materiales y al desprendimiento continuo de emanación. Hasta hoy no ha sido posible comprobar con plena seguridad un cambio de peso sensible y apreciable, aunque el hecho indudable de la transformación en *helium* de la emanación del *radium*, hace suponer que las sales de éste pierden en su peso, aunque sea con lentitud. Para comprobar esta variación ó pérdida en peso se están ejecutando aún experiencias, basadas, sobre todo, en la determinación del peso del *helium*.

La segunda hipótesis consiste en suponer que en el espacio existen radiaciones desconocidas é inaccesibles á nuestros sentidos, en cuyo caso el *radium* sería un cuerpo capaz simplemente de absorber la energía de esos rayos hipotéticos para transformarlos en energía radio-activa.

Acaso las dos hipótesis creadas no son incompatibles entre sí; pero aunque existen muchas razones en pro y en contra de cada una de ellas, lo cierto es que los ensayos de verificación experimental de las consecuencias de estas hipótesis han dado resultados negativos.

Esta exposición, aunque muy rápida, de las propiedades de las sales de *radium*, puede, no obstante, dar una idea del importantísimo movimiento científico provocado por el bello descubrimiento de los esposos Curie, que, en realidad de verdad, han hecho progresar á la Ciencia de una manera considerable.

Además de su gran interés teórico, los fenómenos producidos por los cuerpos radio-activos dan nuevos medios de investigación á los físicos, á los químicos, á los fisiólogos y á los médicos. Por abstractas que sean *a priori* las in-

vestigaciones de ciencia pura, conducen mucho más pronto de lo que se supone á resultados prácticos y utilitarios.»

***

Aunque con bastante brevedad, y suprimiendo muchos detalles, he terminado, señores, de daros una idea de los extraños fenómenos que presenta el *radium*, y que he tomado, naturalmente, de las publicaciones y estudios especiales únicamente.

Las notas que acabáis de oir y forman la primera parte de mi trabajo, son, sin duda, deficientes, y mucho habría que agregarles y mucho habría que ampliarlas si se tratase de hacer de ellas un estudio físico y químico del nuevo y asombroso cuerpo. Pero no habiendo sido esa mi intención, sino tan sólo hacer una reseña de los resultados terapéuticos obtenidos con el *radium*, que es la parte de interés para nosotros, creo suficientes los datos recopilados para dar una idea de las propiedades de este cuerpo á aquellos de nuestros consocios cuyas constantes ocupaciones les hayan impedido seguir en las publicaciones científicas el curso de estos experimentos con el *radium* y las substancias radio-activas.

Antes de pasar á la segunda parte de mi trabajo era mi deseo ocupar vuestra atención todavía con una ligera discusión de las teorías imaginadas para explicar el fenómeno de la radio-actividad, pero esto nos llevaría demasiado lejos, alejándonos también del terreno á que deben circunscribirse los trabajos presentados ante una corporación médica exclusivamente.

Así, pues, voy á terminar esta larga introducción, cerrándola con una brevísima exposición de la seductora, de la sugestiva é ingeniosísima hipótesis concebida por Mr. Filippo Re, y á la cual dió lectura ante la «Académie des Sciences» en una sesión del año pasado, mereciendo calurosos plácemes.

El autor asimila los átomos materiales á sistemas planetarios minúsculos, á agrupaciones cuyos elementos obedecen á las leyes de gravitación universal que los rigen y sujetan como sujetan y rigen á los cuerpos celestes en el ilimitado Cosmos. . . .

Siendo esto real y efectivo, los átomos de la materia inerte, como los que constituyen los metales vulgares, llamémosles así, como el plomo, el cobre, la plata, el oro, etc., serían soles extinguidos, privados para siempre de energía propia é inmanente. Los átomos de otros cuerpos tales como el radium, el thorium, el uranium, serían por el contrario soles en completa actividad, sufriendo una condensación progresiva como la experimentada por las nebulosas, dando origen á los sistemas planetarios que palpitan y llevan una existencia secular mil y mil veces en todos los ámbitos del Universo.

Esta concepción grandiosa demuestra la tendencia del espíritu humano para llegar á descubrir y determinar las leyes fundamentales, simples é ineludibles á que obedece la materia toda del mundo creado.

Al cabo de muchos años, cuando ya se van perdiendo y se hallan casi desvanecidos en el brumoso fondo del pasado los estudios preparatorios que ocuparon nuestra juventud, es imposible, sin embargo, que no recordemos aun la brillantísima hipótesis de LAPLACE, haciéndonos presenciar la formación de nuestro sistema planetario. Con la ayuda de su genio y su teoría, perfectamente de acuerdo con las leyes físicas todas conocidas y matemáticamente comprobadas, hemos podido ser expectadores de las transformaciones de una nebulosa en cuyo seno existía una energía tan formidable como lo son todas

las fuerzas de la Naturaleza, y hemos asistido al nacimiento y lenta evolución de los mundos. . . . Desde el remoto y ya vetusto Urano hasta Mercurio, el hijo menor de la familia, hemos seguido la aparición de todos los miembros de nuestro sistema, abarcando con el pensamiento miriadas de centurias. . . . Después, hemos podido ver la formación postrera del núcleo central, de ese foco inmenso en que hasta hoy se encuentra albergada la energía y verdadera radio-actividad que mantiene, sostiene y vigoriza la vida sobre los cuerpos que forman su séquito y que marchan con nuestro Sol, su fecundo progenitor, hacia un destino remoto y desconocido.

No sabemos todavía, señores, qué nuevas leyes, qué misterios de la mecánica y de la energética molecular venga á revelarnos la observación y discusión de los fenómenos que el RADIUM nos presenta, pero no es aventurado predecir que muy bien puede ser la llave del templo, la inesperada lámpara de Aladino que nos haga penetrar el magno secreto que encierra todavía la constitución íntima de la materia.

DR. ENRIQUE L. ABOGADO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de las enfermedades nerviosas para médicos y estudiantes, por el *Profesor Dr. H. Oppenheim*, de Berlín. Traducido de la tercera edición alemana por el *Dr. M. Montaner*.—Hemos recibido las entregas ó cuadernos 12 al 20 de esta importantísima obra que ya hemos recomendado á nuestros lectores y que sintetiza el estado actual de la neuropatología.

Es una obra verdaderamente monumental y el primer tomo que ha quedado ya concluido justifica las apreciaciones favorables que se han hecho de la obra, y de las cuales insertamos la siguiente:

Revue neurologique nº 23 (1901) 15 dec.—Este libro es la 3ª edición de una obra de la que ya se ocupó esta revista á raíz de la publicación de la primera. El autor ha conservado la clasificación ordinaria—médula espinal, nervios periféricos, encéfalo, simpático (con las angio y las trofoneurosis), neurosis é intoxicaciones,—á causa de su comodidad.

La segunda edición de esta obra, aparecida en 1898, era ya muy rica en grabados, pero para la actual se han aprovechado bastante los progresos realizados en estos últimos años por la iconografía médica.

. . . .

. . . . El texto ha sido también enriquecido y sin perder ninguna de sus excelentes cualidades de claridad y precisión expone á la consideración del lector una cantidad tal de casos clínicos y datos bibliográficos que hacen de ésta una obra verdaderamente completa. Citaremos en particular, entre otros muchos, los capítulos de la neuritis y de las trofoneurosis.—*R.*

CONDICIONES EDITORIALES—El *Tratado de las enfermedades nerviosas* por el Dr. Oppenheim, constará de dos tomos en 4º, de unas 700 á 800 páginas, correctamente impresas en papel satinado superior, llevando intercalados en el texto 369 grabados, todos inéditos y obtenidos de preparaciones dispuestas á propósito por el autor.

Se publicará por cuadernos de 40 páginas, al precio de UNA PESETA CADA UNO EN TODA ESPAÑA. La obra completa constará de unos 35 á 40 cuadernos.

PUNTOS DE SUSCRIPCIÓN.—En la casa editorial, San Agustín, 1 á 7, Barcelona (Gracia), Francisco Seix, Editor, en las principales librerías y centros de suscripciones y por intermedio de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Fisiología Humana por el Dr. Luigi Luciani, Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma. Versión castellana por el Dr. P. Ferrer Piera, C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona y anotada por el Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez.

Esta obra que edita la conocida casa editorial de Antonio Virgili, S. en C., de Barcelona, calle del Rosellón núm. 208, continúa publicándose por entregas, confirmando cada vez más la idea que sobre ella tenemos de ser la obra del ramo mejor que existe en la actualidad.

Hemos recibido los cuadernos 30 á 35, que abarcan de la página 113 á la 325 del tomo II, en que hemos leído la mecánica del aparato locomotor y la fisiología general del sistema nervioso, tratados ambos puntos de una manera verdaderamente magistral.

Recomendamos de nuevo la obra á los lectores de la «Crónica,» que gusten de ese ramo, sin cuyo conocimiento es imposible el buen diagnóstico y la buena terapéutica.

NECROLOGIA

EL SEÑOR DOCTOR DON AGUSTIN RUIZ OLLOQUI.

El día 9 del próximo pasado mes de Septiembre falleció en San Juan del Río, Querétaro, que fué su residencia habitual, el distinguido Sr. Dr. Olloqui, que fué uno de los hijos predilectos de la Escuela Médica Mexicana.

El Sr. Olloqui nació en Huichapan el 30 de Enero de 1835, siendo sus padres el Sr. Lic. D. Joaquín Ruiz Olloqui, notable jurisconsulto y la Sra. Dolores Rangel. Con aptitudes naturales fué desde niño consagrado al estudio y después de terminar sus estudios primarios y secundarios, hizo en esta capital, en el antiguo Colegio de San Ildefonso y en el extinguido de San Juan de Letrán los estudios preparatorios correspondientes, para continuar y concluir después sus estudios profesionales en la Escuela de Medicina.

Terminada su carrera comenzó desde luego á ejercerla, prestando sus servicios gratuitamente de 1863 en la división mandada por el General Porfirio Díaz y como director del Hospital de sangre de Querétaro, durante el memorable sitio de la plaza en 1867, cuyo final consolidó nuestros principios republicanos.

El Dr. Olloqui, según consta en el artículo biográfico escrito por el Sr. Dr. Soriano en el último número de la «Gaceta Médica,» fué durante 23 años médico del Ferrocarril Central, del Hospital Municipal y de la Fábrica de Hércules, habiendo desempeñado también varias veces la Prefectura política de San Juan del Río y los puestos de senador y diputado de nuestras Cámaras.

Era caballero de la Orden de Guadalupe, miembro de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística desde 1864, de la Sociedad Mexicana de Historia Natural desde 1872 y miembro asimismo de la Academia Nacional de Medicina de México, á donde remitió varios trabajos profesionales que se hallan insertos en el órgano oficial de dicha corporación en los tomos correspondientes á los años de 1884, 1892, 1894, 1895, 1897 y 1903. Fué por consiguiente la suya una existencia dedicada al trabajo y al cumplimiento de los deberes impuestos por su noble profesión.

Descanse en paz el venerable anciano que, tras una jornada laboriosa y digna de todo encomio, paga el debido tributo á la madre naturaleza.

DR. E. L. ABOGADO.

NOTAS.

RETARDO.

Suplicamos á nuestros estimables lectores excusen el sufrido por el presente número, y que ha sido causado por la ausencia del Director de esta publicación, cuyo regreso de los Estados Unidos se verificó hasta fines del próximo pasado mes de Octubre, en vez de haberse realizado á principios del mes, como lo supuso al emprender dicho viaje.

El Dr. Abogado aprovecha la oportunidad de ofrecerse de nuevo á las órdenes de sus amigos, manifestándoles que su ausencia de la Capital ha sido la causa única de la demora con que han sido contestadas las cartas que encontró acumuladas al llegar.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA SUD-AMERICANA.

Esta Revista, cuyo material proporcionará el abundante y excelente canje que tenemos establecido con la Prensa médica de Sud-América, continuará apareciendo desde el núm. 1 del tomo VIII de nuestra CRÓNICA, correspondiente al 1º de Enero del año próximo, 1905, formada por nuestro apreciable amigo y compañero el Sr. Dr. Leopoldo E. Calvillo, en substitución del Dr. Fernando Ocaranza, que ha pasado á radicarse á Guaymas, Sonora, en donde continuará como Jefe de Redacción de nuestro periódico en aquel Estado, de donde no hemos tenido aún la satisfacción de recibir contingente alguno, esperando que nuestro apreciable amigo remediará tan sensible deficiencia.

SUMARIO.

TOMO VII. MÉXICO, DICIEMBRE 1º DE 1904. NÚM. 12.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Societé Obstétricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

CURIOSIDADES CLINICAS

No recuerdo haber leído en ninguno de los tratados de Anatomía ni de Patología que hayan llegado á mis manos, que, al nivel del ángulo inferior del omóplato, existiera una bolsa serosa, y que esta bolsa serosa fuera susceptible de ser el sitio de un derrame, es decir, que pudiera haber allí una hidartrosis semejante á la que se forma en la bolsa serosa prerotuliana. El caso siguiente, observado por mí en el año de 1896, demuestra la existencia de esa bolsa serosa y, además, prueba que dicha bolsa puede ser atacada de hidropesía.

En ese año, por el mes de Julio, se presentó en mi consultorio de Teotitlán del Camino, Oaxaca, un individuo como de 38 años, de raza cruzada, bien constituído, del cual recogí el conmemorativo siguiente: «Hace como ocho meses—dice el individuo—comencé á sentir que en los dos lados de la espalda, al nivel del *pico de la paleta* de uno y otro lado, se habían formado unos tumorcitos blandos, indolentes, que me llamaron la atención, porque en ciertos movimientos de los brazos se hacían muy prominentes y desaparecían al ejecutar otros movimientos; fueron creciendo poco á poco, hasta llegar al tamaño que ahora tienen, sin ocasionarme dolor ni más molestia que la sensación de estorbo, como si llevara una *maleta* cargada en las espaldas y la pena de llevar estos dos *bultos*, que no puedo ocultar, aunque me emboce con mi zarape.» Tal es el conmemorativo que me dió este individuo, de oficio carpintero.

En efecto, aun á través del vestido se veía que la espalda de este individuo presentaba una giba extendida transversalmente en la mitad inferior de la

espalda y descansando la parte más gruesa de la giba al nivel de la cintura, en el lugar donde traía sujeto el pantalón. Hice quitar la ropa al individuo y observé que la giba no era única, sino doble; una parte situada á la derecha y otra á la izquierda, separadas ambas por el surco mediano del dorso. Cada mitad tiene la figura de una pera aplastada, cuya extremidad delgada está hacia arriba y la parte gruesa hacia abajo; el vértice toca al ángulo inferior del omóplato en cada lado, y la base casi toca al borde póstero superior del hueso iliaco; los bordes laterales externos de estas gibas siguen una línea oblicua é irregular, que va abajo y afuera, hasta tocar en su parte inferior una linea que partiera de la pared posterior de la axila á la espina iliaca posterior; los bordes internos, separados hacia arriba, descienden oblicuamente hacia adentro y van á perderse al nivel de la masa sacro-lombar. quedando separados uno de otro, como he dicho, por el surco dorsal posterior.

La piel que cubre estas gibas no presenta huellas de inflamación, pero sí de estiramiento; se parece algo, por su aspecto, á la piel del vientre en las multíparas; está como *chagrinné*, floja y algo hendida en la parte superior de la giba, tirante y lisa en la parte inferior.

Cuando ejecuta este individuo movimientos con los brazos ó con el tronco, se observa que esos movimientos se comunican á las gibas y parece que en el interior de ellas cambia de posición un líquido.

A la palpación se observa lo siguiente: palpando los vértices de las gibas, comprimiendo suavemente y percutiendo la base, se obtiene la sensación de onda líquida; la misma sensación se obtiene comprimiendo la base y percutiendo el vértice: en el primer caso, la onda va hacia arriba, en el segundo va hacia abajo; comprimiendo la parte media de las gibas, se logra deformarlas y se ve que los bordes se levantan ligeramente; á la vez se convence uno de que no hay comunicación de una giba con otra á través del surco dorsal mediano. Haciendo cambiar la posición del individuo, el líquido busca su nivel y se deforman las gibas, colgando ya á un lado ya á otro, ligeramente. Las gibas no son transparentes.

A la auscultación no ofrecen ninguna cosa notable. En la parte superior no se oyen los ruidos respiratorios.

A la percusión, dan un sonido macizo en toda su extensión.

La presión interior del líquido, aunque notable, no ocasiona un estiramiento exagerado de la piel, que en estas regiones es muy gruesa. La cantidad de líquido que hay en cada giba puede ser de unos 900 á 1,000 gramos ó algo más.

La compresión no ocasiona dolor. Parece que no hay padecimiento alguno de los órganos torácicos y abdominales, así como de los aparatos uro-genitales.

Ignoro la causa de estos derrames líquidos situados á este nivel. Nunca ha tenido reacción febril este individuo, ni ha tenido derrame seroso en ningún otro órgano. No lleva ningún padecimiento en la columna vertebral ni en los arcos costales ni en el omóplato.

Por todos estos datos, diagnostico yo *un derrame ó hidartrosis de la bolsa serosa situada al nivel del ángulo inferior del omóplato.*

Me proponía hacer una punción exploratriz en esas gibas, pero el individuo no volvió más á consultarme.

Tacubaya, México. Noviembre de 1904.

DR. JOSÉ G. MENDOZA.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA DIABETES ARTRITICA Y SU TRATAMIENTO.—UNA NUEVA PREPARACION.

Siguiendo la costumbre que desde tiempo ha tenemos establecida de abordar en nuestros artículos hebdomadarios asuntos terapéuticos, que evidentemente interesan á todo médico en activo ejercicio de su profesión, tomamos hoy por tema un corto pero bien nutrido artículo de nuestro antiguo conocido y concienzudo terapeuta, el Dr. Monin.

«La diabetes artrítica,» dice Monin, se traduce como la hepática por la eliminación de la azúcar por las orinas, lo cual implica una utilización defectuosa y deficiente de los hidrocarburos alimenticios.»

La enfermedad aparece primero como una modalidad del debilitamiento y languidez de la nutrición, como una BRADITROFIA, pero bien pronto la lesión trófica se acentúa y la aceleración trófica se marca bien, siendo el análisis de las orinas el testimonio irrefutable de la modificación que se opera en la economía del diabético.

El terapeuta debe alejar hasta donde le sea posible la aparición nefasta de ese período en que se aumentan los cambios y se produce una superoxidación en el cual la curabilidad del mal es en extremo problemática si no imposible. Las grandes y principales indicaciones contra la diátesis artrítica son: regularizar las combustiones y por ende la nutrición y combatir las perturbaciones cerebro-espinales que originan, sostienen y complican la glicosuria. No es preciso decir que después de atender estas indicaciones principales é importantísimas hay que recurrir, como medicación sintomática á la que requieran las diversas complicaciones que en estos casos surgen, según la constitución é idiosincracia del individuo. Las diversas neuralgías; el prurito, penosísimo cuando en la mujer ataca la región vulvar; la sequedad de la boca y faringe; la constipación y la dispepsia; la faringitis, la gingivitis y las periostitis alveolo-dentarias. Las perturbadas funciones de la piel merecen una atención particular cuidando de la constante antisepsia del tegumento externo, evitando así en lo posible la aparición del eczema y de la forunculosis. También es preciso atender á los insomnios y demás perturbaciones neuropáticas, cerebrales y medulares y al mismo tiempo las cardiopatías que por la esclerosis arterial sobrevienen.

El autor continúa diciendo con justicia que la higiene y la buena terapéutica pueden favorecer mucho al paciente para reconstituir su organismo empobrecido y restablecer las funciones hepáticas elevando la tara de las funciones nerviosas. La curación de los diabéticos es rara pero hay que confesar que esto también depende de la poca constancia y asiduidad de los enfermos, quienes podrían á pesar de su diátesis prolongar su vida con el menor número posible de inconvenientes y padecimientos, porque los adelantos de la medicina moderna son por fortuna capaces de obtener este resultado ya que no la absoluta curación de la enfermedad.

El régimen dietético tiene una grande influencia en el resultado y jamás debe olvidarse que la supresión de la azúcar ó de los alimentos y bebidas azu-

caradas, la restricción de los farináceos, etc., es indispensable para el diabético en tratamiento serio y científico; porque es preciso oponerse á la desasimilación introduciendo en su organismo con abundancia la leche, la mantequilla, las grasas, los huevos, los pescados y las carnes y queso. También es conveniente añadir vegetales que favorezcan y alcalinicen la hematopoiesis: papas, alcachofas, lechuga, hongos, rábanos, chicoria, salsifís, ejotes, nabos, cressón, etc., etc., cuyo cocimiento modifica los hidratos de carbono de toda legumbre transformando sus sacarosas en sustancias mucho más asimilables. El Dr. Monin considera útil dar á los enfermos dos ó tres potajes al día hábilmente escogidos para evitar una bulimia carnívora que es perjudicial, dando la preferencia con el Dr. Von Noorden al caldo de avena y á la de trigos, á las coles y coliflores, á los pepinos y á las pastas de glúten. Como bebida á pasto recomienda una infusión de MATE con un poco de vino rojo de Burdeos ó té ó un poco de café.

El abuso de las comidas conduce á la glicosodia, estando demostrado que no es por la carne sino por las grasas por lo que el enfermo recupera las calorias que pierde por una dieta hidrocarbonada relativa y sobre todo por la abstinencia del pan, que siempre debe ordenarse. Con las papas cocidas puede remplazarse el pan ventajosamente porque disminuye la discrasia ácida restaurando la actividad celular fisiológica, dietética admitida hoy universalmente y propuesta por Mossé. El aire puro, los baños, las fricciones, un ejercicio prudente, las bebidas acuosas que no deben restringirse porque diluyen la azúcar, evitando que el riñón se irrite con una orina cargada de azúcar y toxinas, facilitaran la combustión orgánica mejorando la situación del paciente.

Cuando la polidipsia sea muy intensa, se le opondrá la asociación de la atropina, la codeina y el valerianato de quinina, dando mayor ó menor número de gránulos según el caso.

El autor recomienda dar el UREOL como el mejor remedio de la diabetes artrítica, pues por su composición modera la actividad exagerada de la celdilla hepática y de la nerviosa, mantiene en buen estado el filtro renal y disminuye la poliuria y la glicosuria, siendo la dosis común tres ó cuatro cucharaditas cafeteras al día disueltas en agua. Como excelente reparador conviene dar el arseniato de estricnina, dos ó tres gránulos Ch. Chanteaud antes de las comidas. para restablecer la función glicógena y la toxicolítica del hígado comprometida casi siempre.

La complicación más grave de la diabetes es el *coma*, cuyo tratamiento más eficaz es, á juicio de Doctor Monin, los grandes lavados del intestino y del estómago con agua hervida tibia á la cual se agregan por litro 10 gramos de Sedlitz Ch. Chanteaud para disminuir la pletóra abdominal y como antagonista de la estásis venosa hipogástrica del artritismo.

La oxaluria con fermentaciones gástricas se observa en los neuroartríticos obesos, manifestándose por el dolor lombar, ardor en la uretra, hematurias, picoteos balánicos etc., indicando las combustiones deficientes y haciendo que se formen cálculos murales porque el catarro de las vías urinarias, favorece los depósitos de oxalato de cal. En este caso el te, el cacao, el plátano, las grosellas, las espinacas, los tomates, etc., y los alimentos ricos en nucleinas, es de rigor, recomendándoseles 5 ó 6 gotas de ácido nitro-muriático después de comer, la compresa de Priessnitz sobre el hipogástrio durante la noche y una excelente higiene.

La fosfaturia se observa en los diabéticos con dispepsia intestinal que

desempeña un gran papel como la causa de los accidentes neurasténicos, por lo cual es preciso entonces modificar el iutestino con lavativas oleosas, gránulos de pepsina y papaina, leche con agua de Vichy y una cucharadita de Sedlitz Ch. Chanteaud. Deben agregarse los caldos, los huevos, los sesos, los pescados, los moluscos y crustáceos, los nabos, el apio y las alcochofas, únicas legumbres que puede comer el diabético. Baños salinos y duchas sulfurosas calientes. Como agentes terapéuticos 2 gránulos de *fosfuro de zinc* y 4 de arseniato de estricnina en cada comida.

⁂

Tales son las ideas del Doctor Monin sabre el tratamiento de la diabetes de los artríticos y la recomendación que hace del *Ureol* debe tomarse en cuenta siendo como es bien conocida la competencia del autor en terapéutica.

Ofrecida bien poco ha esta nueva medicina por la casa Ch. Chanteaud, cuya reputación de severidad es bien conocida, nos proponemos usarla en nuestra práctica para poder dar cuenta á nuestros lectores del resultado obtenido personalmeute, limitándonos por hoy á recomendarla con el objeto de que la clínica sancioue su eficacia.

Dr. E. L. Abogado.

Saint Louis Mo. E. U. de A.

SECCIÓN XXV.

CUESTIONARIO MEDICO·

(CONCLUYE.)

«El pobre general cayó, como otros muchos, en manos de aquel charlatán del sexo femenino; ilusión ó realidad, él creyó encontrar después de la aplicación del colirio, por algunos días, una cierta *legaña*, que, según el oráculo, era el signo infalible de la futura curación. Desde entonces la imaginación del enfermo se fué exaltando gradualmente, y cada día creía encontrar un adelanto en su vista, haciendo con frecuencia participar de sus ilusiones á su afligida familia; pero un día llegó en que todas ellas habían de venir abajo de un golpe. Se hallaban en una visita, en medio de no poca concurrencia, y, como sucede de ordinario en estos casos, giró la conversación sobre la enfermedad del general, sobre el maravilloso remedio y las curas que ya se habían efectuado con él; esta conversación acaloró, acaso algo más de lo de costumbre, la imaginación del enfermo, y para dar una prueba irrecusable de los progresos de su curación, dijo que á cierta distancia percibía ya bastante bien los objetos, y que, en prueba de ello, iba á contar las vigas del techo, que distinguía con claridad. Pasando sin demora á la ejecución, comenzó á señalar con el dedo acompasadamente, acompañando cada movimiento de las palabras *una*, *dos*, *tres*, etc.; toda la concurrencia, como movida por un resorte, levantó primero los ojos hacia el techo, y luego los fijó con cierta curiosidad impertinente en la esposa y la hija del infeliz ciego, como pidiendo la explicación de aquel enigma; pero las lágrimas que corrían silenciosas de sus mejillas, fueron su única respuesta y la prueba también de sus muertas esperanzas...· ¡La sala en que se hallaban tenía *cielo raso!*....»

Mas todo esto podía todavía parecer poco convincente ó apasionado á los

que tengan el ánimo prevenido en favor de este sistema; yo quiero persuadirme de que estos tales obran de buena fe, y en este caso voy á proporcionarles la ocasión de salir de su error y de convencerse personalmente de la mala fe de sus protegidos.

Como hemos visto en la exposición de la doctrina homeopática, el principal fundamento de su medicación es que las substancias medicamentosas tienen la propiedad de producir una enfermedad idéntica á la que deben curar, pero un poco más intensa; y uno de los más furibundos atletas de la Homeopatía, el Dr. Simon, ha dicho en uno de sus más fulminantes escritos: «*En los designios de la Naturaleza está que un medicamento desarrolle en un hombre sano una enfermedad artificial, del mismo orden que la que tiene poder de curar.* Es UN HECHO, NO SE ENTRA EN DISPUTA CON LOS HECHOS.»* Hemos visto también, en las páginas 143 y 144, todo el vigor y la precisión de los síntomas producidos por cada medicamento, de suerte que no es posible confundir, y antes bien, debe ser muy fácil distinguirlos unos de otros, teniendo en cuenta los efectos producidos. Pues bien; si queréis convenceros de todo lo que hay de farsa y de imposturas en estas aserciones, tomad una de estas cajitas tan coquetas que acompañan siempre á los discípulos de Hahnemann, y haced á su sabio poseedor la proposición de darle uno, diez, veinte ó cuantos glóbulos quiera, de una botellita cualquiera, con tal que él no sepa la que es, y que diga luego, en virtud de los síntomas que experimente, cuál es la substancia de que se componen dichos glóbulos. Apostadle en contra todo lo que queráis; no temáis ni que acepte siquiera el desafío, porque otro igual ha propuesto hace algún tiempo el Dr. Marmorat al ilustre autor de las arrogantes palabras que acabo de transcribir, y el guante que todos los homeópatas de París, y Mr. Simon á su cabeza, han dejado en tierra, no lo levantará ningún otro, estad seguros de ello.

Tenéis, además, en vuestro apoyo el resultado auténtico de numerosas experiencias hechas por Mr. Andral y otros hombres eminentes, cuya ciencia y probidad no pudieran dejar lugar á la duda sobre la verdad y exactitud de los resultados obtenidos, aun cuando esas experiencias no hubieran sido públicas, y hechas con medicinas preparadas por los más acreditados farmacéuticos homeópatas.

El resultado de esas experiencias ha sido constantemente contrario á las pretensiones de los homeópatas: ellas han probado que ni en salud ni durante una enfermedad, los medicamentos preparados de ese modo producen efecto alguno apreciable. Ni qué efecto pudieran producir cuando materialmente se puede probar que no hay ni un solo átomo de medicamento en cada uno de esos glóbulos que, con todo el aire de suficiencia de un jugador de cubiletes, saca misteriosamente nuestro héroe.

Si se toma el polvo más sutil é impalpable que con nuestros medios mecánicos podamos obtener, la experiencia enseña que son perfectamente visibles sus partículas en el microscopio, y si se les mide allí, se encuentra que la más pequeña no tiene menos de 0.01 de milímetro de diámetro (es muy fácil hacer esta experiencia con el trípol). Ahora bien, yo quiero suponer que los homeópatas, haciendo uso de morteros desconocidos hasta hoy, puedan llegar á obtener, por medio de la trituración, partículas diez veces, cien veces menores—no se nos acusará de tacaños en materia de concesiones—veamos

* L. Simon. Doctrine de Hahnemann, page 51. Paris.

entonces lo que deberá suceder con el medicamento cuando se trate de formar los susodichos glóbulos. Supongamos que se toma un milímetro cúbico de un medicamento, y que, en virtud de esa facultad prodigiosa de pulverización que gratuitamente les hemos concedido, puedan formarse de él cien millones (100.000,000) de partículas, las cuales en la primera atenuación quedarán perfectamente mezcladas con 99 tantos de azúcar; si del total tomamos la centésima parte para mezclarla con otras 99 de azúcar, y si repetimos esa operación nada más que por tres veces, como en cada una de éstas la cantidad se ha ido dividiendo por 100, es decir, ha ido perdiendo dos ceros, es claro que en la cuarta atenuación, cien milímetros cúbicos de azúcar no contendrán más de cien partículas de medicamento, de suerte que al ir á tomar la centésima parte de esta mezcla con objeto de hacer la quinta atenuación, tenemos ya gran probabilidad de tomar puro azúcar; pero demos de barato que todavía en esta vez la cosa marcha con felicidad, y que se logra tomar, á pesar de las probabilidades en contra, una de estas cien partículas, siempre tendremos que en la quinta mezcla sólo habrá en los cien milímetros cúbicos de azúcar un cienmillonésimo de milímetro (0.00000001 mm) de medicamento en una partícula, de modo que si se detiene ahí la serie de operaciones y se procede á la fabricación de los glóbulos, de entre los doscientos (200) que se podrán hacer con esta cantidad de vehículo, sólo habrá UNO que contenga la ideal cantidad de materia medicamentosa que acabo de designar, y los otros ciento noventa y nueve (199) serán rigurosamente de puro azúcar. De donde se ve que de doscientos enfermos que tomen esos encantados glóbulos, sólo habrá uno que tome lo que el homeópata pretende darle, y todos los otros recibirán rigurosa y matemáticamente puro azúcar; y como á todos se les hace pagar la misma cantidad, resultan burlados los ciento noventa y nueve (199) enfermos restantes. Pero si en vez de detenerse solo en la quinta atenuación, se sigue la operación adelante, como quieren los homeópatas, hasta treinta ó más, entonces lo único que se conseguirá es que todos los dichos enfermos sufran la suerte de los 199 citados.

El lector lo ve: hemos seguido á los homeópatas á todos los terrenos á que nos han querido conducir, y siempre hemos hallado que su llamada ciencia es absurda en sus fundamentos, ridícula en su aplicación y completamente ilusoria en sus resultados, no habiendo en ellos de real y positivo otra cosa que el dinero que sus adeptos se echan en el bolsillo, el cual no tiene nada de infinitésimo.

Para quitar todo pretexto á la credulidad, he citado algunos casos en los cuales las apariencias estaban en su favor; pero fácil es comprender que mi objeto al referir esos ejemplos de equivocaciones, en que de buena fe pueden incurrir los hombres de mejor juicio, interpretando—por falta de una preparación científica suficiente—como favorables á la Homeopatía hechos que nada dicen en su favor, ó que les son realmente contrarios; fácil es comprender, repito, que mi objeto no ha sido agotar el insondable piélago de las innumerables formas con que la ignorancia ó la maldad pueden disfrazarse con el sagrado traje de la ciencia ó de la filantropía, porque esto sería acometer lo imposible; lo único que he procurado ha sido poner al lector en guardia—permítaseme la expresión—para no dejarse llevar de las primeras impresiones, sino que dé á la razón el tiempo de hablar, y en los casos dudosos haga lo que haría en los hechos de cualquiera otra ciencia de que no tuviese nociones: consultar á los que la conocen; no para adherirse ciegamente á su opinión,

sino para pesar en la balanza de su propio juicio los fundamentos de la decisión favorable ó adversa que incuestionablemente tiene derecho de tomar.

Si de este modo se resuelve á obrar, yo estoy seguro que su fallo será, en la inmensa mayoría de casos, decididamente contrario al charlatanismo, bajo cualquiera forma que se pueda presentar. Sin contar con que ante las personas que así se resuelvan á hacer uso de la razón, en vez de abdicar de ella, no se presentará fácilmente este azote de la humanidad, porque, como he dicho ya, él huye de la luz, á semejanza del murciélago, y sólo se complace en la obscuridad ó en una débil luz crepuscular; es decir, que sólo á falta total de ciencia ó en el nacimiento de ella, puede campear el charlatanismo. ¿Qué se han hecho, si no, los maravillosos portentos de la Alquimia? ¿Qué ha sucedido con la Astrología, que tan pretensiosa se mostraba antes de Copérnico y de Galileo? Ambas han huído ante la mirada radiosa de la Astronomía y de la Química, constituídas hoy definitivamente para todos como ciencias de observación. Dentro de algunos años, el más grosero vulgo se reirá de la pueril credulidad de nuestra época, que da crédito á las curas portentosas de los homeópatas y á las maravillosas virtudes de esos *remedios universales*, que, bajo el nombre de *purificadores de la sangre*, llenan la última página de nuestros periódicos, como hoy nos reímos nosotros de los que se jactaban de haber hallado la piedra filosofal ó de predecir por la inspección de los astros el destino futuro de los hombres.

DR. GABINO BARREDA.

SECCION XXVIII.

REVISTA DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

La fiebre hemoglobinúrica y la quinina.—(*«Le Caducée Août,» 20, 1901.*)—El Dr. Marchoux, de la misión Pasteur en Río Janeiro, en una comunicación á la Asociación Francesa refiere las ideas que le ha sugerido un caso observado por él en Octubre de 1901 en Dakar. El enfermo que vió había tomado quinina á su entrada al hospital, y sin embargo, no se pudo comprobar la presencia de la quinina en la orina mientras duró la hemoglobinuria. En cambio, tan luego como las orinas se aclararon, la quinina apareció, á pesar de no haberla tomado los tres días que persistió la hemoglobinuria, lo que no es normal, pues se sabe que pocas horas después de tomada la quinina se revela su presencia en la orina, bajo la forma de un precipitado blanco, coposo cuando se vierte en ella un poco de reactivo (solución de yoduro doble de mercurio y potasio). Aun precipitando toda la albúmina por el calor y decolorando la orina, teñida por la hemoglobina, el autor no percibió la menor huella de quinina, por lo cual cree que en esta retención del medicamento, y sobre todo en las causas que la motivan, se necesita buscar el origen de la hemoglobinuria.

Vesania en el paludismo.—El Dr. M. Marandon de Montgel, médico en jefe de Ville-Evrard, estudia esta cuestión en la *Revue de Médecine* y llega á las conclusiones siguientes:

1ª Las perturbaciones intelectuales no son una complicación común en el paludismo: son raras en el paludismo reciente, y más raras aún en el paludismo crónico.

2ª Que el paludismo, sea reciente ó crónico, produce las perturbaciones intelectuales en el curso de los accesos ó fuera de ellos.

3ª El paludismo reciente no produce una locura especial; no es más que un agente provocador de perturbaciones intelectuales en los predispuestos por herencia ó adquirida, y esta predisposición, variable según los individuos, es la que determina la forma mental, su duración y su evolución.

4ª El pronóstico de las perturbaciones intelectuales que sobrevienen en el curso del paludismo reciente, fuera de los accesos, no es tan favorable como se ha dicho, porque el autor ha demostrado la incurabilidad en la enorme proporción de 43,7 por ciento en los casos que ha observado.

5ª A la inversa del paludismo reciente, el paludismo crónico no es sólo un agente provocador de perturbaciones intelectuales en los predispuestos, sino que puede, por las lesiones que produce en la trama cerebral, ocasionar la locura en algunos individuos indemnes de toda predisposición hereditaria ó adquirida, y estas lesiones determinan la forma mental que presentan dichos individuos.

6ª Las perturbaciones intelectuales que sobrevienen bajo la influencia del paludismo crónico, fuera de toda predisposición hereditaria ó adquirida, son siempre incurables.

Tratamiento del hidrocele vaginal por inyecciones de adrenalina al milésimo. —(*«Le Caducée Aout,» 1904.*)—El Dr. Dziewonski, médico principal de 2ª clase, impresionado por la lectura en la *Semaine Médicale* de Mayo de 1904, de un artículo del Dr. James Barr, de la Universidad de Liverpool, en que refería algunos casos de pleuresía con derrame en los cuales había empleado la solución de adrenalina al milésimo para impedir la reproducción del líquido, con buenos resultados, empleó el mismo procedimiento en dos casos de hidrocele vaginal, también con éxito. El primer caso fué un operado de hernia inguinal diez y ocho meses antes, que volvía al hospital por un hidrocele derecho. El procedimiento usado por el Dr. Dziewonski es la resección vaginal de Delbert; pero el enfermo era sumamente pusilánime, y con un derrame medio; por eso se decidió á intentar en la serosa vaginal lo que había dado resultado en la serosa pleural. Después de las precauciones asépticas acostumbradas, puncionó con una aguja Pravaz y dejó salir cuatro ó cinco centímetros cúbicos de líquido, inyectando después medio centímetro cúbico de solución de adrenalina al 1 por ciento. No hubo dolor, no hubo reacción, pero tampoco hubo efecto. Cinco días después repite su intervención, aumentando la cantidad de líquido extraída é inyectando un centímetro cúbico de solución de adrenalina; esta vez la reacción fué media, un poco de hinchazón, rubicundez y dolor débil. Suspensorio y algodón. El enfermo se levantó de la cama al día siguiente, y á los quince días dejó el hospital curado. A los cinco meses no ha habido recaída. El segundo caso: hidrocele pequeño de cinco meses, á consecuencia de un traumatismo. Primera inyección de medio centímetro cúbico de solución de adrenalina; poca reacción y retroceso poco apreciable. Ocho días después, segunda inyección, provocando, como en el caso primero, rubicundez, hinchazón y poco dolor. Envoltura con algodón, suspensorio; curación á los

catorce días. El autor considera esto como una modificación del procedimiento Monod, substitución del alcohol por la solución de adrenalina, y teme su fracaso, á pesar de los casos favorables.

Contusión cerebral y absceso cortical.—(«*Le Caducée Août,*» *1904.*)—El Dr. M. Santalo cita una observación de contusión de la región frontal derecha, pocos días después seguida de absceso del lóbulo occipital, que produjo la muerte. Lo interesante del caso fué que al examen del enfermo, al día siguiente del traumatismo, se diagnosticó una contusión de segundo grado, acompañada de fractura del frontal, con ligero hundimiento de la tabla externa. La intervención sobre el lugar demostró la no existencia de lesión huesosa; el error fué debido á una giba sero-sanguínea, con depresión central, muy dolorosa y simulando perfectamente una fractura con hundimiento. No había lesión en la parte anterior del cerebro. La autopsia demostró un absceso cortical por contragolpe, del lóbulo occipital. El pus del absceso encerraba estreptococus.

Osteo-periostitis de la tibia por esfuerzo.—(«*Revue d'Ortopédie,*» *Enero 1904.*)—El Dr. Toussaint, que ya había publicado en 1889 en la *Revue Médicate.de l' Est* cierto número de casos de esta afección, acaba de publicar una nueva observación con cliché radiográfico, que demuestra la existencia de una periostosis al nivel de la región dolorosa, que confirma el diagnóstico de periostitis. Se trataba de un soldado joven que, á consecuencia de un ejercicio de dos horas á paso veloz, había sentido al nivel del maleolo izquierdo un calambre muy doloroso, que le impedía caminar. En la union del tercio superior con el tercio medio (lugar de elección de esta afección, debida á la violenta tensión muscular) sobrevino un empastamiento difuso con rodete edematoso, doloroso á la presión. La pierna se dobla en ángulo recto sobre la rodilla, por contractura del flexor de los dedos y del tibial posterior. El soldado, después de seis semanas de tratamiento (reposo, baños calientes, yoduro, etc.), no podía caminar, á pesar de estar mejorado, y se creyó en una exageración ó simulación; la prueba radiográfica quitó las dudas, demostrando una zona extensa de osteo-periostitis.

Decapsulación y fijación del riñón.—(«*La Semaine Médicale,*» *Octubre 1904.*)—El Dr. Ceccherelli, de Parme, ha hecho en su Clínica una serie de experiencias que demuestran la importancia de la decapsulación renal. La cápsula se reproduce, poco más ó menos, en un mes, y se acompaña de la formación de sólidas adherencias. Bajo el punto de vista funcional, ha encontrado que la cantidad de orina disminuye en las primeras veinticuatro horas de la operación; después aumenta progresivamente, y al décimo día llega á ser superior á la normal. Practica sistemáticamente la decapsulación en toda nefrorragia, asegurando de esta manera el éxito, en razón de que las adherencias le dan una fijeza sólida. Además, las adheréncias vasculares consecutivas á la operación determinan modificaciones profundas de la circulación renal, y esto, según su creencia, debe ejercer una influencia muy favorable en los estados patológicos renales. Como en su estadística no ha tenido ninguna muerte, concluye considerando la decapsulación como una operación muy benigna.

Papel del tricocéfalo en la etiología de la fiebre tifoidea.—*(Academia de Medicina, sesión de Octubre 1904.)*—El Dr. M. Blanchard lee, á propósito de una nota del Dr. Guiard sobre el asunto, una relación de sus observaciones. En las materias fecales de doce tifoideos en el hospital marítimo de Brest, ha encontrado en diez, huevos de tricocéfalo, y en la autopsia de los otros dos, la presencia de tricocéfalos vivos en el ciego. El Dr. Guiard ha examinado las materias fecales de cuatro enfermos en tratamiento en el mismo hospital, por afecciones distintas á la fiebre tifoidea, encontrando en uno solo huevos de tricocéfalo. Estas investigaciones demuestran la gran frecuencia de los tricocéfalos en el intestino de los tifoideos, y el autor admite que estos parásitos, tomando de la mucosa intestinal la sangre de que se alimentan, inoculan al mismo tiempo el bacilo de Ebberth en esta mucosa y hacen estallar la infección. Esto explicaría también, por qué en una población que bebe la misma agua contaminada, en realidad son pocos los individuos que se enferman: tan sólo enferman los que tienen gusanos intestinales, y, sobre todo, tricocéfalos. La conclusión práctica que se desprende de estos hechos es que, en presencia de una enteritis febril cualquiera, se debe instituir lo más pronto posible el tratamiento antihelmíntico por el timol.

Envenenamiento mortal por el ácido bórico.—*(«Journal of the American Medical Asociation,» Septiembre 1904.)*—El Dr. Ch. L. Best refiere el caso de un enfermo de 36 años, atacado de adenitis inguinal supurada, al cual, después de hacer la extirpación de los ganglios enfermos y lavado abundante de la herida con agua salada esterilizada, se llenó esta herida con ácido bórico pulverizado, se suturó por completo y se aplicó una curación al colodión. Al tercer día, en la tarde, apareció sobre el cuello, pecho y espaldas del enfermo un eritema difuso, ligeramente papuloso. Al día siguiente, la erupción descendió hasta los muslos; al mismo tiempo se presentó una cianosis muy marcada, con sudores viscosos, enfriamiento de las extremidades, postración general y vómitos incoercibles. La temperatura del enfermo, que á su entrada al hospital era de 36°9, se elevó á 38°2; el pulso pasó de 68 á 140 pulsaciones débiles é irregulares; en las respiraciones, el número aumentó de 16 á 38. El paciente sucumbió en medio de un gran delirio. A la autopsia, degeneración grasosa del hígado y riñones, equimosis sub-pericárdicas; además, en los alrededores de la cavidad llena de ácido bórico, los tejidos estaban notablemente descolorados y abundantemente infiltrados de un líquido seroso. Las siembras hechas con sangre del corazón y de otras vísceras, quedaron estériles; por esto la idea de una septicemia aguda queda desechada, y como los síntomas principales que presentó el enfermo (vómitos abundantes, exantema papuloso, pulso débil, frecuente é irregular, etc.) son característicos del envenenamiento por ácido bórico, el Dr. Best estima que la muerte, sin duda ninguna, se debió á esto. Al mismo tiempo recuerda rápidamente los casos que se han señalado de muerte por el empleo del ácido bórico en irrigaciones rectales, en lavados prolongados de las heridas con soluciones saturadas, en aplicaciones del polvo, y concluye recomendando precauciones en el empleo de este antiséptico, que se ha tenido siempre por inocente.

Situación anormal de un ovario.—(«*American Journal of the Medical Scienc,*» *Octubre 1904.*)—El Dr. M. L. Schooler relata el caso de una mujer de 24 años, que, quince días después de un aborto de tres meses, entró al hospital por un tumor que ocupaba el lado izquierdo del abdomen. Por el aumento brusco del tumor, dolores vivos y algo de hipertermia, se decidió la laparotomía. Incisión media más grande que lo acostumbrado para una ovariotomía común. Introducidos los dedos, se encontró que el útero estaba llevado arriba y á la izquierda; la trompa de este lado, dos veces más gruesa que lo normal, formaba un cordón duro y tenso entre la matriz y el bazo, hipertrofiado y desalojado, pero inmovilizado en su nueva posición. Se agrandó la incisión, para hacer visible el bazo, y se encontró negruzco, del color de un coágulo sanguíneo antiguo, su consistencia mayor y su volumen como seis veces el normal. La exploración cuidadosa del tumor no dejó duda de la identidad del órgano, y un examen microscópico de un fragmento, confirmólo también. Al nivel del polo inferior de este bazo hipertrofiado, el tejido esplénico se encontraba adherido y confundido con el ovario y la trompa, de tal manera, que era difícil diferenciar los tejidos. Se cortaron las partes adheridas entre dos ligaduras y se cerró el vientre. La enferma curó, á los quince días salió del hospital. Un mes después fué atacada de oclusión intestinal, de la que se curó al día siguiente. En esta ocasión, el examen del bazo demostró que las dimensiones habían disminuído, por lo menos la mitad. Cinco semanas después, nuevo ataque de oclusión intestinal, determinado por numerosas adherencias del colon descendente, por lo que fué necesaria una segunda laparotomía. En ésta se encontró el útero en su posición normal, lo mismo que el bazo, que había vuelto á su coloración propia.

El citrato sódico en la leche contra la dispepsia de los recién nacidos en la alimentación artificial.—(«*La Semaine Médicale,*» *Octubre 1904.*)—El Dr. A. E. Wright, antiguo profesor de la Escuela de Medicina militar de Netley, desde hace diez años, para retardar la coagulación de la leche, causa principal de la dispepsia en los niños alimentados artificialmente, tuvo la idea, con muy buenos resultados, de emplear el citrato sódico, que Griesbach y Pekelharing utilizaban para impedir la coagulación de la sangre, y que á pequeñas dosis es inofensivo, al contrario de los oxalatos y floruros que los Dres. Arthus y Pagès emplean como anticoagulantes de la leche. La proporción adoptada empíricamente por el Dr. Wright es de 6 centígramos de citrato por 30 gramos de leche, es decir, el 2 por ciento. Inspirándose en estas observaciones, el médico inglés F. J. Poynton, adjunto del «University College Hospital» y del hospital de niños de Great Ormond Street, en Londres, desde hace un año emplea sistemáticamente este tratamiento, en particular en los niños atacados de gastroenteritis; usa una solución de citrato al 1½ por ciento, de la caul toma una cucharada para cada toma de leche. Una dosis tan pequeña de citrato no perturba la coagulación de la caseina y no precipita las sales nominales de cal de la leche. Los resultados en cincuenta casos han sido muy buenos, salvo en las gastro-enteritis graves.

El Dr. Variot, médico del hospital de niños enfermos en París, acaba de experimentar este tratamiento en los niños que toleran mal la leche, y también ha visto desaparecer los accidentes gastro-intestinales, como los vómitos, la diarrea, etc. La proporción adoptada por él es exactamente la misma que

la del Dr. Poynton: 5 gramos de citrato sódico en 300 gramos de agua destilada, agregando unas gotas de agua cloroformada para evitar la formación de algas. De esta solución, una cucharada para cada toma de leche.

El método de Prokhorow en el tratamiento de la sífilis.—El método de Prokhorow consiste en inyectar una cantidad de sal mercurial en relación con el peso del énfermo. Esta cantidad es de 3 milígramos por kilo en el adulto, y la mitad en el niño. El Dr. Nario, de Buenos Aires, cree que est método es racional, porque no es lógico dar la misma cantidad de mercurio á un sifilítico que pesa 50 kilos que al que pesa 100. Para emplear este método se sirve de la solución siguiente: biyoduro de mercurio 0.30; yoduro potásico, 0.60; agua destilada, 50.00. Cada centímetro cúbico contiene 6 miligramos de mercurio; la fórmula primitiva de Prokhorow contiene sólo 3. El autor usa igualmente una solución de 12 milígramos de biyoduro por centímetro cúbico; se puede todavía concentrar más la solución. La falta de accidentes tóxicos la explica por la formación de un biyoduro doble de mercurio y potasio mucho menos tóxico que el biyoduro. Prokhorow inyecta á sus enfermos cada diez días, recomendándoles la sobrealimentación. Nario lo ha imitado en los adultos, pero en los niños le ha parecido una dosis muy alta para repetirla cada diez días. En ciertos niños, la diminución del peso que se observa en los tres ó cuatro días que siguen á la inyección es tan grande, que todavía al décimo día no han vuelto á tomar su peso inicial. Teniendo esto presente, el autor procede con los niños de la manera siguiente: Si quince días después de la primera inyección todos los accidentes sifilíticos han desaparecido y el niño aumenta normalmente de peso, pone la segunda á los 30 días. Si el aumento de peso no existe, es una prueba de caquexia sifilítica, y entonces repite la inyección á los quince días, lo mismo que si los accidentes no han desaparecido. En todos los casos, sólo deben ponerse cinco inyecciones y dejar transcurrir un plazo de tiempo largo. En el adulto sigue la técnica de Prokhorow. El autor cree que con este tratamiento los enfermos no necesitan dos ó tres años para su curación, como es necesario con los otros métodos; cree que con un año les basta, sin temor de accidentes graves posteriores. Dolor y tumefacción son los dos únicos accidentes que ha observado. El dolor no es mayor que el producido por las inyecciones de calomel y otras sales mercuriales; además, concentrando la solución, el dolor se disminuye mucho. La tumefacción de la nalga, que aparece algunas horas después de la inyección, desaparece rápidamente con compresas de agua fría. En el niño, la diminución de peso después de la inyección, oscila entre 100 y 200 gramos. La cantidad de glóbulos rojos disminuye también en número considerable, aun cuando después peso y glóbulos aumentan rápidamente. En el adulto no ha tenido oportunidad de tomar el peso ni contar las hemacias. En el niño y en el adulto ha comprobado el aumento considerable de la diuresis, por lo cual cree que el empleo de este método no tiene peligro de nefritis. Las erupciones cutáneas y las placas mucosas las ha visto desaparecer antes de los diez días de la primera inyección, y ninguna lesión ha resistido la tercera inyección; por lo tanto, preconiza el método de Prokhorow como el mejor para el tratamiento de la sífilis.

Dr. Leopoldo E. Calvillo.

México.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

El Arte de criar á los Niños.—(Obra utilísima á las madres.) Nociones de higiene infantil, por D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA, Director-fundador del *Primer Consultorio de niños de pecho*, en Madrid.

Contiene: I. Lactancia (materna, mixta, mercenaria y artificial).—II. Lactancia de niños prematuros y débiles.—III. Lactancia de gemelos.—IV. Destete.—V. Dentición.—VI.—Régimen alimenticio de los niños de 3, 4 y 5 años. —VII. Régimen higiénico de las nodrizas.—VIII. Nociones generales de higiene (habitación, cuna, sueño, limpieza, vestidos, paseos, marcha).—IX. Modos de hacer las sopas.—Apéndice que contiene historias curiosísimas para que sirvan de ejemplo á las madres.

Forma esta utilísima obra un elegante volumen de 156 páginas, esmeradamente impresas, y se vende en las principales librerías de España, preciosamente encuadernada, al precio de TRES PESETAS.

Los pedidos, *acompañados del importe*, á la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid.

***

Esta simpática obrita del Sr. Dr. D. Rafael Ulecia y Cardona, ilustrado Director de la bien conocida *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas*, que se publica desde hace más de 25 años en Madrid, no sólo merece la ayuda del Cuerpo Médico que en breve tiempo (pues el tomito no es voluminoso), ve condensados los sanos consejos de la experiencia de un pediatra, sino de la sociedad en general, pues por su lenguaje claro y conciso puede ponerse en manos de las madres de nuestra clase social elevada. Las madres de nuestros hijos encontrarán en esa obrita un hábil y cariñoso mentor que las lleve por el camino mejor para criar á sus pequeñuelos.

Felicitamos, pues, al autor, que ha tenido la hermosa idea de dedicar este trabajo á sus simpáticos hijitos, cuya fotografía, en armonioso grupo, figura al principio del libro.

Esta obrita, como todas las que se editan en la casa del Dr. Ulecia, puede pedirse por conducto de la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA, para recibirla directamente de la Casa Editora de Madrid.

Électricité médicale, par le docteur H. GUILLEMINOT. (Travail du laboratoire du professeur Ch. Bouchard.) 1 vol. in 16 de XII-656 pages, avec 76 figures dans le texte et 8 planches hors texte en couleurs. Paris. 1905. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne. Prix, cartonné: 10 fr.

***

Esta obra conviene al médico y al estudiante de Medicina. Allí encontrará el práctico, en su *primera parte*, todas las reseñas teóricas y técnicas sobre las corrientes galvánicas, farádicas, sinusoidales y de alta frecuencia, sobre la Estática, los Rayos X, la galvanocáustica, la ozonización, la sismoterapia y la mecanoterapia, la fototerapia, la termoterapia y los electro-imanes.

En una *segunda parte* encontrará el estudio de los efectos fisiológicos de

las diferentes formas de la energía eléctrica, es decir, de los efectos sobre el organismo de todos los agentes, sean eléctricos, sean producidos por una transformación de la electricidad, tales como se emplean constantemente en los gabinetes de electroterapia. El autor pasa en revista sucesivamente en esta obra la acción del estado permanente (electrolisis, teoría de los *ions*, electrotonus, etc., etc.), la acción de las variaciones de corriente, de corriente farádica, galvano-farádica, sinusoidal y de alta frecuencia, la acción de la Estática, la de las diversas radiaciones, luminosas, rœntgénicas, la del ozono, etc., reservando un lugar especial al estudio de la electrogénesis animal.

La *tercera parte* es la parte médica propiamente dicha; cada enfermedad se trata en un párrafo especial, en donde se estudian las indicaciones de la técnica particular de todas las intervenciones útiles. Esta división simplifica mucho el trabajo del médico electricista, que generalmente tiene que buscar aisladas las obras de electroterapia, las de fototerapia y radioterapia aparte, y aparte también el tratamiento médico en cada caso.

El estudiante, además, encontrará en las dos primeras partes el complemento de los estudios preparatorios para los cursos de Medicina, y en la tercera hallará, con la simple y rápida lectura de unas cuantas páginas, el estado actual de la Terapéutica de ciertas afecciones, como la de los estrechamientos, de las tricoficias, de los tumores, etc., en que la electroterapia y la radioterapia son ya verdaderamente clásicas. Allí encontrará, asimismo, el estado actual del electro y radio-diagnóstico en casos especiales como las afecciones músculo-nerviosas, la tuberculosis, las enfermedades cardíacas, etc., en que estos modernos medios de exploración han logrado ya su carta de ciudadanía clínica.

Siendo raro encontrar sobre esta materia obras que satisfagan las justas exigencias de quienes se dedican á estudiar esta moderna y difícil rama de la Terapéutica, creemos que será acogida con beneplácito por los lectores de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA, cuya Administración, como siempre, la pedirá directamente para los subscriptores que la soliciten.

El Biomecanismo ó Neovitalismo en Medicina y en Biología. Formación de los cristales y biomecanismo del desarrollo de los tejidos por el Dr. M. BENEDIKT, Profesor de la Facultad de Medicina de Viena. Obra traducida por Alfonso L. Herrera, Profesor de Biología en la Escuela Normal, y publicada por la Sub-Secretaría de Instrucción Pública.

***

Con positivo placer hemos leído, desde su primera hasta su última página, este precioso opúsculo, y acaso tengamos la satisfacción de reproducirlo el año entrante en nuestras columnas, pues sería casi imposible dar á nuestros lectores una idea, aunque sucinta y condensada fuese, de su contenido, pues la cuestión abordada remueve con los elementos de la ciencia moderna los cimientos frágiles de la antigua Biología.

Limitámonos, pues, á felicitar, tanto al Dr. Benedikt, de Viena, como al ilustrado Prof. Alfonso L. Herrera, que, con tenaz empeño y desde tiempo ha, se ha consagrado á las laboriosas investigaciones que exigen los estudios de este género. Hombres como él necesita nuestra patria para revelar al mundo nuestra cultura.

DR. E. L. ABOGADO.

NECROLOGIA

EL SR. DR. D. JOSÉ M. LUGO HIDALGO.

El día 9 de Octubre próximo pasado falleció en esta Capital el ilustrado facultativo cuyo nombre encabeza estas líneas, socio titular de la Academia Nacional de Medicina y Presidente en ella de la Sección de Farmacología y Farmacia.

Los principales rasgos biográficos del Sr. Dr. Lugo, así como la exacta bibliografía de todos los trabajos que presentó ante la Academia, se encuentran en el artículo que en la *Gaceta Médica* publica nuestro apreciable amigo y meticuloso escritor el Sr. Dr. D. M. Soriano, revelándose allí la personalidad del Sr. Dr. Lugo, que fué, sin duda, un profesionista amante de la Ciencia á que dedicó todas sus energías.

Durante 36 años sirvió en la Escuela de Agricultura la clase de Patología y Clínica Veterinaria, pues, antes que el de médico, obtuvo el título en esa ciencia, y este solo dato demuestra su dedicación á la Medicina.

Paz á sus restos.

EL SR. DR. D. AGAPITO CANTÚ TIJERINA.

El día 17 del próximo pasado mes de Noviembre á las 7 a. m., y á la avanzada edad de 75 años, falleció en Cadereyta, Jiménez, Nuevo León, este respetable facultativo, tras una larga y laboriosa jornada, constantemente consagrada á hacer el bien á la humanidad doliente.

Por no sernos conocidos sus datos biográficos, no los dejamos asentados en nuestra CRÓNICA, y sólo nos limitamos á enviar nuestra sincera condolencia á los numerosos deudos del finado.

NOTAS.

RETARDO.

Suplicamos á nuestros lectores excusen el del presente número, originado por la ausencia del Sr. Dr. Abogado, que, como oportunamente manifestamos, dando una corta tregua á sus labores, fué con su familia á los Estados Unidos y St. Louis, Mo.

Pronto volverá nuestro periódico á aparecer con la acostumbrada regularidad y en su fecha.

SUMARIO.

